

# Ergänzende Patienten- informationen und Einwilligung

Dr. Peter Aschermann  
Facharzt für Allgemein- und Ernährungsmedizin  
Oststr. 72, 22844 Norderstedt  
Tel. 040 - 5240405  
E-mail: info@classic-hairdoc.de

Ergänzende Patienteninformationen und Einwilligung gemäß Gendiagnostikgesetz („GenDG“) und EU-Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“)

Wir bitten Sie, die vorliegenden ergänzenden Informationen sorgfältig zu lesen und zur Kenntnis zu nehmen. Sollten Sie etwas nicht verstehen, fragen Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt.

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,

1. Sie wurden bereits von Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt als verantwortliche ärztliche Person im Sinne des GenDG und Verantwortlicher im Sinne der DSGVO (im Folgenden Ihre „Ärztin“, Ihr „Arzt“) über Wesen, Bedeutung und Tragweite der von Ihnen gewünschten genetischen Untersuchung, einschließlich der Gewinnung und genetischen Analyse einer von Ihnen entnommenen genetischen Probe zu diesen Zwecken (Letzteres im Folgenden „Gentest“ - alles zusammen „genetische Untersuchung“) sowie den Umfang der hierfür notwendigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aufgeklärt/informiert. Die genetische Untersuchung, die wir, FAGRON GENOMICS S.L.U. - c/ de les Cosidores 150, 08226, Terrassa (im Folgenden „Fagron Spanien“), vertreten durch die Fagron GmbH & Co. KG, Wilhelm-Bergner-Straße 11 g, D-21509 Glinde (im Folgenden Fagron Deutschland – beide zusammen: „Fagron“) im Auftrag und auf Weisung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes durchführen, soll es Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt ermöglichen, die für Ihre Behandlung optimale Therapie auszuwählen. Sie haben sich nach für Sie angemessener Bedenkzeit freiwillig für die Durchführung der genetischen Untersuchung entschieden.
2. Gesetzliche Voraussetzung für die genetische Untersuchung ist, dass Sie Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt hierfür Ihre ausdrücklich schriftliche Einwilligung erteilen (**Abschnitt A**).
3. Da Ihre Probe und insbesondere das aus diesem Untersuchungsmaterial ermittelte Ergebnis sowie das Ergebnis der genetischen Untersuchung selbst (zusammen im Folgenden „Ergebnisse“) und ihre weiteren Patientendaten sogenannte (besondere) personenbezogene Daten, insbesondere genetische Daten und Gesundheitsdaten sind (Art. 4 Nr. 14 u. 15, Art. 9 Abs. 1, Abs. 2 a DSGVO) – im Folgenden alles zusammen „persönliche Daten“, ist für die genetische Untersuchung auch datenschutzrechtlich Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung in die Verarbeitung dieser Daten erforderlich (**Abschnitt B**).

**Hinweis an die/den Ärztin/Arzt:** Bitte nehmen Sie ein Exemplar der Einwilligungen zu Ihrer Patientenakte und senden Sie die Probe zusammen mit dem zweiten Exemplar der unterschriebenen Einwilligung (Arzt und Patient) an die vorgenannte Geschäftsadresse von Fagron Spanien.

Gemeinsam  
gestalten wir die Zukunft  
personalisierter Medizin.

Fagron  
genomics

Fagron Genomics, S.L.U.  
C/ de les Cosidores, 150  
08226 Terrassa  
Barcelona (Spain)

Fagron Genomics: Ergänzende Patienteninformationen und Einwilligu

Fagron

## Abschnitt A: Einwilligung des Patienten in die genetische Untersuchung

1. **Hiermit willige ich**, der Patient Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vorname(n)) \_\_\_\_\_ (Nachname)  
(Unzutreffendes bitte streichen und leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

gegenüber meiner/meinem behandelnden Ärztin/ Arzt Herrn/Frau/Dr.: \_\_\_\_\_  
(Unzutreffendes bitte streichen)

Adresse: \_\_\_\_\_

in die Durchführung der genetischen Untersuchung ein. Ferner willige ich ein, dass mir die Ergebnisse der genetischen Untersuchung von meiner Ärztin/meinem Arzt per Post oder per Telefon bekannt gegeben werden können.

2. **Ich bin damit einverstanden**, dass meine Ärztin/mein Arzt Fagron Spanien im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben mit dem Gentest beauftragt (§ 7 Abs. 2 GenDG) und willige ein, dass meine Ärztin/mein Arzt meine Probe zu diesem Zweck an Fagron Spanien übermittelt und Fagron Spanien sie ausschließlich zu diesem Zweck verwendet. Die Ergebnisse werden mir ausschließlich von meiner Ärztin/meinem Arzt mitgeteilt.

3. **Ich wurde darüber aufgeklärt**, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich gegenüber meiner Ärztin/meinem Arzt zu widerrufen, ich das Recht habe, meine Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen) und daher meine bereits eingeleitete genetische Untersuchung vor der Befundmitteilung jederzeit abbrechen und die Vernichtung meiner Probe einschließlich der bis dahin gewonnenen Ergebnisse gegenüber meiner Ärztin/meinem Arzt verlangen kann.

4. Die Ergebnisse (meiner genetischen Untersuchung) hat meine Ärztin/mein Arzt zehn (10) Jahre in meinen Untersuchungsunterlagen aufzubewahren. Die Ergebnisse sind unverzüglich in meinen Untersuchungsunterlagen zu vernichten, wenn die vorgenannte Aufbewahrungsfrist abgelaufen ist oder soweit ich mich entschieden habe, dass die Ergebnisse zu vernichten sind, es sei denn, es besteht Grund zu der Annahme, dass durch eine Vernichtung meine schutzwürdigen Interessen beeinträchtigt würden oder wenn ich eine längere Aufbewahrung schriftlich verlange. In diesem Fall hat mein Arzt die Ergebnisse anstelle einer Vernichtung zu sperren. Fagron Spanien wird nach Mitteilung durch meine Ärztin/meinen Arzt oder mich selbst mit dem Ergebnis des Gentest entsprechend verfahren.

5. Fagron Spanien wird meine Probe nach 5 Jahren vernichten, es sei denn ich habe eine längere Aufbewahrung schriftlich verlangt.

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des vorgenannten Patientin/Patient oder gesetzlichen Vertreters/gesetzlicher Vertreter

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes

**Dr. Peter Aschermann**  
Facharzt für Allgemein- und Ernährungsmedizin  
Oststr. 72, 22844 Norderstedt  
Tel. 040 - 5240405  
E-mail: info@classic-hairdoc.de

## Abschnitt B: Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten (einschließlich genetischer Daten und Genmaterial)

1. **Hiermit willige ich**, der Patient Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vorname(n)) \_\_\_\_\_ (Nachname)  
(Unzutreffendes bitte streichen und leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

in die Verarbeitung meiner persönlichen Daten zur Durchführung der genetischen Untersuchung einschließlich des Gentests ein. Hierbei handelt es sich neben der Probe selbst um meine folgenden persönlichen Daten:

\_\_\_\_\_ (soweit zutreffend von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt auszufüllen)

2. **Ich bin damit einverstanden**, dass meine Ärztin/mein Arzt meine Probe unter Verwendung des vorgenannten Test-Identifikationscodes ausschließlich zum Zwecke der Durchführung des Gentests an Fagron Spanien übermittelt. In diesem Umfang entbinde ich meine Ärztin/Arzt soweit erforderlich von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Fagron Spanien darf meine persönlichen Daten ausschließlich zu den vorgenannten Zwecken und solange dies für die Durchführung meiner genetischen Untersuchung erforderlich und danach gesetzlich vorgeschrieben ist, oder entsprechend meiner schriftlichen Verfügung, jedenfalls aber gemäß und in den zu **Abschnitt B** genannten inhaltlichen und zeitlichen Grenzen verarbeiten.

3. Eine Weitergabe meiner an Fagron Spanien übermittelten persönlichen Daten erfolgt nicht, es sei denn, die Weitergabe und Verarbeitung im Übrigen erfolgt ihrerseits an bzw. durch Unterauftraggeber im Auftrag und auf Weisung von Fagron Spanien (Art. 28 DSGVO) oder es besteht für die Verarbeitung eine sonstige gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung.

4. **Ich wurde darüber informiert**, dass mir ein Auskunftsrecht über die mich betreffenden personenbezogenen Daten, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Löschung von Daten, auf Einschränkung der Datenverarbeitung und auf Datenübertragbarkeit, ein Recht, meine Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung formlos schriftlich zu widerrufen, sofern dem nicht gesetzliche Vorschriften entgegenstehen sowie ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zusteht.

5. Datenschutzbeauftragter i.S.d. Art. 37 DSGVO, § 38 BDSG meiner Ärztin/meines Arztes ist:

Dr. Peter Aschermann : info@classic-hairdoc.de - sowie siehe 6.  
(falls vorhanden durch den behandelnden Arzt auszufüllen)

6. Der Datenschutzbeauftragte von Fagron Spanien i.S.d. 37 DSGVO, § 38 BDSG ist erreichbar unter: Fagron GENOMICS S.L.U., El responsable de la protección de datos, de les Cosidores 150, 08226, Terrassa, Email: privacy@fagron.com; von Fagron Deutschland unter: Fagron GmbH & Co. KG, Der Datenschutzbeauftragte, Wilhelm-Bergner-Str. 11 g, D-21509 Glinde, E-Mail: privacy@fagron.de.

7. Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt sind Art. 6 Absatz 1 a)-c) und f), Art. 9 Absatz 2 a), f) und h) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG, §§ 7 ff. GenDG; für Fagron Art. 28 DSGVO und §§ 7 ff. GenDG.

8. Ergänzende Informationen zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch meine Ärztin/meinen Arzt im Übrigen erhalte ich in den Datenschutzhinweisen meiner Ärztin/meines Arztes.

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des vorgenannten Patientin/Patient oder gesetzlichen Vertreters/gesetzlicher Vertreter

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes