

## Einwilligungserklärung in die Verarbeitung genetischer Daten

Exemplar für den Medizinischen Dienst Thüringen

Version: 3.0

**Versicherte/r:** .....

**gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigte/r<sup>1</sup>:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Versichertennummer:** .....

**Krankenkasse:** .....

Der Medizinische Dienst Thüringen ist der Begutachtungsdienst der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Freistaat Thüringen. Das Begutachtungsergebnis teilt er nach § 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V der Krankenkasse mit. Bei der gutachtlichen Stellungnahme sind gesetzliche Vorgaben zu beachten. Das GenDG, das SGB X sowie die DS-GVO stufen genetische Daten wegen ihrer hohen persönlichen Relevanz als besonders schützenswert ein. Sie dürfen nur mit Ihrer schriftlichen Einwilligung verarbeitet (erhoben, gespeichert, genutzt, übermittelt) werden. Die Daten werden im Medizinischen Dienst Thüringen für 5 Jahre gespeichert.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Übermittlung Ihrer genetischen Daten an den Medizinischen Dienst Thüringen zu.

Ja       Nein

Dieser darf Ihre genetischen Daten verarbeiten (speichern, nutzen, erheben, übermitteln).

Ja       Nein

Ihre Einwilligung erklären Sie freiwillig. Sie können sie jederzeit schriftlich, elektronisch oder mündlich unter folgenden Kontaktmöglichkeiten widerrufen:

- Medizinischer Dienst Thüringen, z. Hd. Datenschutzbeauftragter, Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar
- E-Mail: [datenschutz \(at\) md-th.de](mailto:datenschutz(at)md-th.de)
- Telefon: 03643 553 122

Geben Sie ihr Einverständnis nicht, können für die gutachtliche Stellungnahme notwendige genetische Informationen nicht berücksichtigt werden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten/des  
gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten

<sup>1</sup>Nur bei minderjährigen Versicherten auszufüllen. Im Falle des gemeinsamen Sorgerechts sind beide Elternteile namentlich anzugeben und die Einwilligung ist von beiden zu unterschreiben.

## Einwilligungserklärung in die Verarbeitung genetischer Daten

Exemplar für die Versicherte/den Versicherten

Version: 3.0

**Versicherte/r:** .....

**gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigte/r<sup>1</sup>:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Versichertennummer:** .....

**Krankenkasse:** .....

Der Medizinische Dienst Thüringen ist der Begutachtungsdienst der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Freistaat Thüringen. Das Begutachtungsergebnis teilt er nach § 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V der Krankenkasse mit. Bei der gutachtlichen Stellungnahme sind gesetzliche Vorgaben zu beachten. Das GenDG, das SGB X sowie die DS-GVO stufen genetische Daten wegen ihrer hohen persönlichen Relevanz als besonders schützenswert ein. Sie dürfen nur mit Ihrer schriftlichen Einwilligung verarbeitet (erhoben, gespeichert, genutzt, übermittelt) werden. Die Daten werden im Medizinischen Dienst Thüringen für 5 Jahre gespeichert.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Übermittlung Ihrer genetischen Daten an den Medizinischen Dienst Thüringen zu.

Ja       Nein

Dieser darf Ihre genetischen Daten verarbeiten (speichern, nutzen, erheben, übermitteln).

Ja       Nein

Ihre Einwilligung erklären Sie freiwillig. Sie können sie jederzeit schriftlich, elektronisch oder mündlich unter folgenden Kontaktmöglichkeiten widerrufen:

- Medizinischer Dienst Thüringen, z. Hd. Datenschutzbeauftragter, Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar
- E-Mail: datenschutz (at) md-th.de
- Telefon: 03643 553 122

Geben Sie ihr Einverständnis nicht, können für die gutachtliche Stellungnahme notwendige genetische Informationen nicht berücksichtigt werden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten/des  
gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten

<sup>1</sup>Nur bei minderjährigen Versicherten auszufüllen. Im Falle des gemeinsamen Sorgerechts sind beide Elternteile namentlich anzugeben und die Einwilligung ist von beiden zu unterschreiben.