

Einwilligungserklärung

zur Durchführung genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz Bitte korrekt ausfüllen und Rücksendung im Original oder per Fax an 0751-502 251

Patient/in		Praxis/Krankenhaus	
Name		Stempel	
Vorname		aufklärender Arzt	
Geburtsdatum	Geburtsdatum Datum, Unterschrift		
Frage stehende Erkrai bll:	nkung/Diagnose, für die eir	ne genetische Untersuchung durch	geführt werden
Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung, insbesondere über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.			□ ja □ nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.			□ ja □ nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt oder zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt werden kann.			□ ja □ nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.			□ ja □ nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.			□ ja □ nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Untersuchung(en) auch an folgende Ärzte geschickt werden können: Frau/Herr Dr			□ ja □ nein
nündlich widerrufen un ichtwissen). Mir ist bel iderzeit stoppen, die V	nd ich habe das Recht, U kannt, dass ich eingeleite 'ernichtung des Untersuch	abe von Gründen ganz oder teilw ntersuchungsergebnisse nicht zu e te Untersuchungsverfahren bis zu ungsmaterials einschließlich aller d gebnisse und Befunde verlangen ko	erfahren (Recht r Ergebnismitteilu araus gewonner

