

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patient / in

Stempel KH / Praxis

Name, Vorname

Geburtsdatum

Datum Name Arzt Unterschrift

Abzuklärende Fragestellung

(Bei gendiagnostischen Untersuchungen zur Klärung der Abstammung muss die Einwilligung von allen Beteiligten erklärt werden. Die Untersuchung wird abgebrochen, wenn eine der beteiligten Personen widerruft)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

- ja
 nein

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

- ja
 nein

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

- ja
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

- ja
 nein

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

- ja
 nein

Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

- ja
 nein

Ort

Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter