

## Patientenangaben

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

## Einwilligungserklärung zur Erbringung genetischer Analysen

(Nicht Zutreffendes bitte streichen.)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- über die Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung aufgeklärt und zu den Aspekten der Genetik beraten wurde,
- ausreichend Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung erhalten habe,
- informiert wurde, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann und ein Recht auf Nicht-Wissen habe,
- informiert wurde, dass entsprechend dem GenDG das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung sowie die Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren vernichtet werden,
- mit der Entnahme von Probenmaterial einverstanden bin,
- in die angeforderte genetische Untersuchung einwillige.

Gewünschte Untersuchung: .....

Ich bin damit einverstanden, dass

- die Untersuchungsergebnisse an mich und an die mitbehandelnden Ärzte mitgeteilt werden dürfen.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf.
- die Probe anonymisiert für technische Kontrollzwecke verwendet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Patient/-in bzw. Sorgeberechtigte(r)