

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (gemäß §8 Gendiagnostikgesetz)

Patient/in Name, Vorname

Geburtsdatum

Untersuchung/Auftrag:

Praxis Stempel / Unterschrift Arzt

	ja	nein
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in / bzw. gesetzlicher Vertreter