

# Einwilligungserklärung

## zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

**Patientendaten:****Einsendender Arzt:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass eine genetische Untersuchung zur Abklärung der Verdachtsdiagnose einer / eines

\_\_\_\_\_ [Analyse]

 bei mir bei meinem Sohn / meiner Tochter \_\_\_\_\_  
durchgeführt wird.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der oben genannten genetischen Untersuchung sowie über die gesundheitlichen Risiken, die mit der Erkenntnis des Untersuchungsergebnisses und der Gewinnung der Probe verbunden sind, aufgeklärt. Weiterhin wurde ich über den Verwendungszweck der Probe und der Untersuchungsergebnisse informiert.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, sowie von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen darf.

Ich bin

 einverstanden mit der Weiterleitung meiner Probe an ein medizinisches Labor bzw.  
 nicht einverstanden dessen Unterauftragnehmerlabor, um die o.g. Analyse durchzuführen. einverstanden dass verbleibendes Probenmaterial zum Zweck einer ggfs. erforderlichen  
 nicht einverstanden, oder gewünschten Überprüfung der Ergebnisse bzw. für weiterführende  
Untersuchungen zur Diagnosefindung aufbewahrt wird. einverstanden mit der Aufbewahrung des Untersuchungsergebnisses über die Frist von  
 nicht einverstanden 10 Jahren hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt