

Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Abzuklärende Fragestellung / Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenentnahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht zur Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen.

Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis Abstand nehmen kann.

Verbleibendes Patientenmaterial kann für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin / meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden.

Damit bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Ferner können die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

Damit bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Das Probenmaterial darf für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt werden.

Damit bin ich

einverstanden

nicht einverstanden

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/der
verantwortlichen Arztes/Ärztin

Unterschrift des Patienten/ der Patientin
Ggf. Erziehungsberechtigte/r
Gesetzliche/r Vertreter/in