

Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Abzuklärende Verdachtsdiagnose/Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass zur Abklärung der oben genannten Verdachtsdiagnose bzw. Genanalyse eine Probe

bei mir

bei meiner Tochter / meinem Sohn

entnommen wird. Ich wurde über die Bedeutung, Art und Tragweite dieser Untersuchung verständlich aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung dient gezielt der Beantwortung der Verdachtsdiagnose und nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuell anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung dieses Befundes Abstand nehmen kann.

Ich bin damit

einverstanden,

nicht einverstanden,

dass verbleibendes genetisches Material zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und gegebenenfalls für Laborvalidierungen bis auf Widerruf aufbewahrt wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Unterschrift des/der Patient/in,
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in