

Personalien der untersuchten Person (Name, Vorname, Geb.Dat.):

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Verantwortlicher Arzt: _____

Gewünschte genetische Untersuchung: _____

Eine genetische Untersuchung darf nur vorgenommen werden, wenn der Patient schriftlich gegenüber dem verantwortlichen Arzt dieser Untersuchung zugestimmt hat. Das Labor wird das Ergebnis ausschließlich dem verantwortlichen Arzt mitteilen und nicht für andere Zwecke verwenden. Nach Beendigung der Analyse wird das Labor die entsprechende Probe verwerfen. Der Patient kann diese Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber dem Arzt widerrufen, die Kenntnissgabe des Ergebnisses verweigern oder das Ergebnis vernichten lassen.

zum Verbleib in der Arztpraxis

Der verantwortliche Arzt hat mich über Wesen und Bedeutung der gewünschten genetischen Untersuchung aufgeklärt und mir ausreichend Bedenkzeit eingeräumt.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Die Weitergabe des Ergebnisses an Andere bedarf der Zustimmung des Patienten.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde auch an folgende Person geschickt werden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau /Herrn: _____		

Ich stimme der Untersuchung und der dazu notwendigen Probenahme zu.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

.....
Ort/ Datum

.....
Unterschrift des Patienten
(bei Kindern gesetzlicher Vertreter)