



Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

Patient/in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____. _____. _____

Abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme 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 der 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 der Untersuchung Abstand nehmen kann. Ich bin damit

einverstanden nicht einverstanden

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

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