

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche die Durchführung der von meinem Arzt/meiner Ärztin vorgeschlagenen genetischen Untersuchung zur Bestimmung des Gewebsmerkmals

zur Abklärung folgender Erkrankung:

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen aufgeklärt worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass weiterbehandelnde Ärzte/Ärztinnen von diesem Befund informiert werden, damit auch sie ihn bei ihrer Diagnosestellung oder Therapieplanung berücksichtigen können.

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial zum Zwecke der späteren Nachprüfbarkeit der Ergebnisse einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sowie der Aufbewahrung der Proben jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann. Es steht mir zudem frei, ob ich das Ergebnis der Untersuchung erfahren oder nicht erfahren möchte.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Unterschrift (Vorname, Name)
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

Unterschrift Patient/in (Name, Vorname)
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in