

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (DNA-Diagnostik)

Patient/in Name, Vorname Geburtsdatum	Stempel KH/ Praxis Name Arzt Unterschrift
--	---

In Frage stehende Erkrankung: _____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenabnahme 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 eventuell 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 mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Aerzte einverstanden.

Ich bin mit oben beschriebener Untersuchung

 einverstanden

 nicht einverstanden

Ich bin damit

 einverstanden

 nicht einverstanden

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

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift verantwortlicher Arzt/Aerztin

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