

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Untersuchung über die abzuklärende Erkrankung.

- bei mir
- meinem Kind
- der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen genetisch beraten worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.

Ich bin über die genetischen Grundlagen, bezogen auf die abzuklärende Erkrankung sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung ausführlich aufgeklärt worden. 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 und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Dritte weitergegeben.

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

- einverstanden nicht 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.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Name, Vorname Unterschrift
Verantwortlicher Arzt

Name, Vorname Unterschrift
Patient/Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter