

## Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

### Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Abzuklärende Fragestellung oder Genanalyse:

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für Probenentnahme und Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. 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 und Laborvalidationen bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Patienten oder des/der gesetzlichen Vertreter(s)

\_\_\_\_\_  
Name des behandelnden Arztes (in Druckschrift)

Praxisstempel