

# Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

## Patient/in

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

## Abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit 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 dient gezielt der Beantwortung dieser Fragestellung und 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/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patient/in,  
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in