



Patientenaufkleber

Einverständniserklärung
zur medizinisch-genetischen Untersuchung

Mein behandelnder Arzt hat mich darüber aufgeklärt,

- dass bei mir und/oder meinem Kind möglicherweise eine genetische Veränderung vorliegt, die bereits vorhandene Erkrankungen erklären bzw. die Wahrscheinlichkeit für das zukünftige Auftreten von Erkrankungen bei mir und/oder meinem Kind erhöhen könnte,
- dass der Nachweis bzw. Ausschluss dieser genetischer Veränderung durch die Untersuchung des Blutes möglich ist,
- welche Aussagekraft diese Untersuchung besitzt,
- welche medizinischen Auswirkungen das Ergebnis der Untersuchung für mich hat,
- dass alle Angaben und Untersuchungsergebnisse der Schweigepflicht unterliegen und nicht ohne mein ausdrückliches, schriftliches Einverständnis an Dritte weitergegeben werden dürfen,
- dass die Blutprobe zur medizinischen genetischen Untersuchung nur für den ausdrücklich schriftlich festgelegten Zweck verwendet und nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird,
- dass ich mein Einverständnis zur medizinischen genetischen Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann,
- dass ich das Recht habe, auch nach Abschluss der Untersuchung nicht über deren Ergebnis informiert zu werden sowie die Vernichtung der Ergebnisse zu verlangen,
- dass die Ergebnisse medizinisch-genetischer Untersuchungen - sofern ich nicht deren Vernichtung verlangt habe - über einen Zeitraum von 10 Jahren aufbewahrt und anschließend vernichtet werden.

Ich bin mit der Entnahme von Blut für die medizinisch-genetische Untersuchung einverstanden.

Es sollen folgende genetische Untersuchungen durchgeführt werden:

Ich möchte über das Untersuchungsergebnis informiert werden:

Ja Nein

Bei Bedarf dürfen die Untersuchungsergebnisse für Beratungen und/oder Untersuchungen von Familienmitgliedern genutzt werden:

Ja Nein

Patient:

Name Vorname Datum Unterschrift

PLZ Ort / Straße / Haus-Nr. Tel.-Nr.

Bei nicht einwilligungsfähigen Patienten Einwilligung des gesetzlichen Vertreters:

Name Vorname Datum Unterschrift

PLZ Ort / Straße / Haus-Nr. Tel.-Nr.

Behandelnder Arzt:

Stempel Datum Unterschrift