

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patient/in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Angabe der gewünschten Untersuchung

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in der Frage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort

Datum

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Dieses Formular finden Sie unter www.kerckhoff-klinik.de, „Abteilungen“, „Transfusionsmedizin“, „Leistungen“ als Anlage im PDF-Format.