

# Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

Patient/in:

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

--

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für Probenahme und Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über Art und Bedeutung 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 kann und ich habe das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).

Ich bin damit

einverstanden       nicht einverstanden

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, für Laborvalidationen und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten  
Ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertrete(r)