



## **Einwilligungserklärung zur humangenetischer Diagnostik**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für Probenahme und Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der unten bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse.

Ich wurde über Art und Bedeutung der Analyse aufgeklärt.

Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf diese Fragenstellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

### **Patient/in**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Abzuklärende Fragestellung / Genanalyse:**

**Ich bin einverstanden, dass das Probenmaterial mit den Patientendaten evtl. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.**

**Ich bin mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Laborvalidation bis auf Widerruf,**  
\_\_\_\_\_ einverstanden      \_\_\_\_\_ nicht einverstanden.

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

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

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