

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung

Hiermit gebe ich, _____, geb. _____
meine Einwilligung, dass folgende Untersuchung aus der bei mir/meinem Kind entnommenen
Blutprobe durchgeführt wird:

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Erkrankung sowie die daraus evtl.
entstehenden Konsequenzen (z.B. Vermeidung oder Behandlung gesundheitlicher Störungen, die
aufgrund dieser Erkrankung entstehen können) ausreichend aufgeklärt.

Insbesondere: _____

Alle von mir gemachten Angaben sowie die Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der
ärztlichen Schweigepflicht.

Sie werden in der Krankenakte aufbewahrt und auf Verlangen nur mit meiner ausdrücklichen
schriftlichen Genehmigung an andere Personen weitergegeben.

Das Ergebnis der Untersuchung wird nur dem/den überweisenden Arzt/Ärzten mitgeteilt.

Eine Information von Familienangehörigen und/oder deren behandelnden Ärzten erfolgt nur mit
meiner Zustimmung. Desweiteren ist es gesetzlich verboten, dass Arbeitgeber, Versicherer und
sonstige Dritte Daten von genetischen Analysen oder genetische Analysen selbst erheben,
verlangen oder veranlassen.

Ich bin damit einverstanden nicht einverstanden, dass das Material bzw. daraus
gewonnene Daten anonymisiert für rein wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden nicht einverstanden, dass verbleibendes genetisches
Material (DNA) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt wird.

Es steht mir frei, diese Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen, ohne dass mir dadurch
Nachteile entstehen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten: _____

Ort/Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____