

Koop-BZ

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Dresden
Molekulargenetisches Labor, Untergeschoss, Haus 21
Fetscherstrasse 74
01307 Dresden

Widerruf einer Einwilligung zur molekulargenetischen Untersuchung

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung vom: _____ zur genetischen Untersuchung in Bezug auf den
Untersuchungsgrund
(Erkrankung/Diagnose): _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Widerruf meiner Einwilligung an das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Dresden
geschickt wird, zusätzlich an: _____

Geänderte Entscheidung (Widerruf), wie meine Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

- a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung. ja nein
b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder. ja nein

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen
und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen. ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre. ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches
Kooperationslabor. ja nein

Mitteilung von Informationen über gesundheitsrelevante **Zusatzbefunde**. ja nein

Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und /oder Ergebnis habe ich darüber hinaus entschieden:

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Das Probenmaterial soll vernichtet werden, auch wenn damit
der Untersuchungsauftrag nicht ausgeführt werden kann. ja nein

Das Probenmaterial soll vernichtet werden nach Abschluss der Untersuchung. ja nein

Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen vernichtet werden. ja nein

Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen gesperrt werden. ja nein

Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden (Bitte entsprechend ankreuzen)

über die Verwendung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung. ja nein

über die Verwendung des Ergebnisses nach Abschluss der Untersuchung ja nein

Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.
Stempel o. Druckschrift)

Arzt / Einrichtung (Name, Vorname, Adresse,

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Direktorin: Prof. Dr. med. P. Wimberger
Institut für Klinische Genetik - Direktorin: Prof. Dr. med. E. Schröck
Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik – Direktor: Prof. Dr. med. M. Laniado
Psychoonkologischer Dienst am UniversitätsKrebsCentrum Dresden

Seite 1 von 1