

<b>Patient(in)</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname _____ geb. _____			
Straße _____			
PLZ _____		Ort _____	

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



**DIE DRESDNER.**

Institut für Klinische Genetik  
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich  
01307 Dresden

## Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

## Widerruf einer Einwilligung zur genetischen 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 geschickt wird

an das Kooperationslabor: \_\_\_\_\_

zusätzlich an: \_\_\_\_\_

vertretungsweise an die Ärzte der Genetischen Ambulanz.

### **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.

Arzt / Einrichtung (Name, Vorname, Adresse, Stempel o. Druckschrift)

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt