

Patient*in	<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, Germany

Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891

Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung nach GenDG

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 und Ärztinnen 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, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse. ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre. ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor. ja nein

Mitteilung gesundheitsrelevanter Anlageträgerschaften als **Zusatzbefunde** sowie weiterer Befunde, die ein erhöhtes Risiko bei meinen Nachkommen bedeuten würden. 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/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw.
gesetzliche/r Vertreter*in

Unterschrift aufklärender Arzt /
aufklärende Ärztin

Vorname, Name Patient*in bzw. gesetzliche/r
Vertreter*in in Druckbuchstaben

Vorname, Name aufklärender Arzt /
aufklärende Ärztin in Druckbuchstaben