

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

Einwilligung

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

1. Der Beratungsbrief zur genetischen Beratung sowie relevante klinische und genetische Befunde dürfen an folgende Ärzte versendet werden an:

Überweisende/r Arzt/Ärztin (Name, Vorname, Einrichtung, Ort) _____

Weitere Ärzte (Name, Vorname, Einrichtung, Ort) _____

an Frau PD Dr. med. Nataliya Di Donato, Leiterin der Genetischen Ambulanz, sowie vertretungsweise an die Ärzte und Ärztinnen der Genetischen Ambulanz.

2. Schweigepflichtentbindung für die Einsicht in meine Unterlagen

Ich willige ein, dass die im Folgenden aufgeführten, in der Regel von mir vorinformierten Personen, das Ergebnis der genetischen Untersuchung sowie meine Stammbaumdaten erfahren dürfen.

- Gegenüber allen Verwandten 1. bis 3. Grades
- nur gegenüber folgenden Personen

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

3. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.

Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Alternativ Bestätigung durch aufklärenden Arzt / aufklärende Ärztin: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. gesetzlichen Vertreters liegt mir vor.

Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Aufklärender Arzt /
Aufklärende Ärztin