

<b>Patient*in</b>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname		geb.		
Straße				
PLZ	Ort			
ID Familie	ID Material			

# 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 zur Veröffentlichung von medizinischen Daten und Fotoaufnahmen in einer internationalen Fachzeitschrift**

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung, dass die von mir (bzw. meinem Kind) durchgeführten genetischen Untersuchungen und angefertigten Fotoaufnahmen anonym (ohne Namensnennung) in einer internationalen Fachzeitschrift veröffentlicht werden dürfen.

Veröffentlichung der Daten in wissenschaftlichen Zeitschriften (anonymisiert)

Ja

Nein

Veröffentlichung der Fotoaufnahmen in wissenschaftlichen Zeitschriften (anonymisiert)

Ja

Nein

Ich wünsche, dass mir ein Exemplar der Publikation in der endgültigen Fassung zugestellt wird.

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in / erziehungsberechtigte Person