

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

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Interner Probenversand an:

Haus 21, KIK Laborbereich

Tel.: +49 (0)351 458-6878

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: _____

Geänderte Entscheidung (Widerruf), wie meine Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Bitte entsprechend ankreuzen)	Einverstanden	
	Ja	Nein
Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial den Fachärzten für Humangenetik im Institut für Klinische Genetik Dresden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte über gesundheitsrelevante Zufallsbefunde informiert werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und /oder Ergebnis habe ich darüber hinaus entschieden: (Bitte entsprechend ankreuzen)	Ja	Ergänzung zum Widerruf
Das Probenmaterial soll vernichtet werden , auch wenn damit der Untersuchungsauftrag nicht ausgeführt werden kann.	<input type="radio"/>	
Das Probenmaterial soll vernichtet werden nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen vernichtet werden.	<input type="radio"/>	
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen gesperrt werden.	<input type="radio"/>	
Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden (Bitte entsprechend ankreuzen)		
über die Verwendung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	
über die Verwendung des Ergebnisses nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	

Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter _____	Arzt Name/Einrichtung (Stempel) _____
Ort, Datum _____ Unterschrift _____	Ort, Datum _____ Unterschrift _____