

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)		
Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags		
a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitteilung von Informationen über gesundheitsrelevante Zusatzbefunde .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Probenmaterial soll vernichtet werden nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen vernichtet werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen gesperrt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden: (Bitte entsprechend ankreuzen)		
über die Verwendung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
über die Verwendung des Ergebnisses nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter