



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · Fetscherstr. 74 · 01307 Dresden

Name: _____
Vorname: _____
geb.: _____
Adresse _____

Bitte ausgefüllt der
Probe beilegen oder
per FAX an
0351-458-5703

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Durchführung der nachfolgend genannten molekulargenetischen Untersuchung:

Über die in Frage kommende Erkrankung und deren genetische Grundlagen / Ursachen sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der molekulargenetischen Untersuchung im konkreten Fall bin ich durch meinen behandelnden Arzt aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit für meine Entscheidung zur Einwilligung zur Untersuchung.

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. eine Weiterleitung des Auftrages zur Analyse an einen spezialisierten medizinischen Kooperationspartner erfolgt. Alle Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Befundübermittlung erfolgt an den behandelnden Arzt oder einen seiner Stellvertreter.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen sowie wissenschaftliche Zwecke stimme ich zu:

Ja

Nein

Ort / Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort / Datum

Aufklärender / Beratender Arzt (**Stempel und Unterschrift**)