



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-19730-01-00



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-PL-19730-01-00

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

Name:

.....

Vorname:

.....

geb.:

.....

Adresse

.....

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.

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)