

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (Chromosomenanalyse, DNA-Diagnostik)

1. Die Information zur genetischen Untersuchung (Chromosomenanalyse, DNA-Diagnostik) habe ich zur Kenntnis genommen

2. Über die in Frage stehende Erkrankung
.....
und deren genetische Grundlage sowie die Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Gendiagnostik in meinem speziellen Fall bin ich aufgeklärt worden

3. Ich bin mit der einmaligen Abnahme einer Blutprobe einverstanden und wünsche die Durchführung einer genetischen Diagnostik
 - bei mir
 - meinem Kind
 - bei der von mir betreuten Person

4. Nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der genetischen Diagnostik
 - vernichtet werden
 - für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen (z.B. Pränataldiagnostik, Familienuntersuchungen) ohne zeitliche Befristung aufbewahrt werden

5. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Aufbewahrung der Probe jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann

.....
Ort, Datum

.....
Name, Vorname
(Druckschrift)
Patient / Erziehungsberechtigter

.....
Unterschrift

.....
Betreuender Arzt