MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13231-01-00 D-PL-13231-01-00

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (DNA-Diagnostik)

Patient/in	**Stempel KH/ Praxis**
…… Name, Vorname …… Geburtsdatum	…… Name Arzt Unterschrift

In Frage stehende Erkrankung: _____

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Untersuchung in meinem speziellen Fall aufgeklärt	□ ja □ nein
Ich bin mit der Abnahme einer Blutprobe und der Durchführung einer genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen	□ ja □ nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und Qualitätssicherung (Kontrollprobe) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann	□ ja □ nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann	□ ja □ nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsbefund durch meinen behandelnden Arzt an einen weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden kann	□ ja □ nein

_____ _____ _____

Ort **Datum** **Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten**