

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Name: _____ geb. _____

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich /die von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt worden.

Mir ist bekannt, dass ich darüber hinaus eine gesonderte genetische Beratung in Anspruch nehmen kann.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses zu verzichten.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt und danach vernichtet wird.

Ich kann jederzeit die Vernichtung aufbewahrten Probenmaterials verlangen.

Ich wünsche die Durchführung der mir angebotenen Untersuchung:

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Beratender Arzt: _____