

Formular

Einwilligungserklärung Genetik

Labormedizin CÄ Dr. K. Madlener

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patient/in				
Name:				
Vorname:				
Geburtsdatum				
Angabe der gew	rünschten Unt	ersuchung		
Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in der Frage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt			()	ja nein
Ich stimme der erforderl	ichen Entnahme von	Untersuchungsmaterial zu	()	ja nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen				ja nein
Ich bin damit einverstan spätere Nachprüfbarkeit	den, dass verbleiben der Ergebnisse, Nac he Zwecke (z.B. Met	des Probenmaterial für eine chforderungen durch meinen hodenentwicklungen) bis auf	()	ja nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden				ja nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden				ja nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungs-Ergebnisse an die weiterbehandelnden Ärzte (Hausarzt, Stationsarzt u.a.) weiter gegeben werden.			()	ja nein
Ort	Datum	Unterschrift Patient/ Erzie	hun	gsberechtigter
	oder	Bestätigung des einsendenden Arztes, dass eine Aufklärung erfolgt ist und eine schriftliche Einwilligung vorliegt		

Dieses Formular finden Sie unter www.kerckhoff-klinik.de, "Fachübergreifende Abteilungen", "Labormedizin&Krankenhaushygiene", "Anforderung von Laboruntersuchungen-Einwilligungserklärungen".