

# Einverständniserklärung zur molekulargenetischen Diagnostik



0031 0077 02

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat in Absprache mit Ihnen eine genetische Untersuchung angefordert.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend Gelegenheit hatten, mit Ihm über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen. Dazu gehören sowohl die Kenntnis über den Verlauf einer möglichen Erkrankung als auch die Wahrscheinlichkeit, eine möglicherweise bestehende Erbanlage an ihre Kinder weiterzugeben. Auch Ihre Eltern oder Geschwister können Träger dieser Erbanlage sein.

Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

## Einverständniserklärung

Den vorausgehenden Text habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige, dass ich über Aussagekraft und mögliche Konsequenzen einer genetischen Untersuchung zu meiner Zufriedenheit informiert wurde und dass ich mit der Durchführung der genetischen Untersuchung entsprechend dem aktuellen Auftrag einverstanden bin.

Weiterhin stimme ich der Nutzung meiner pseudonymisierten oder anonymisierten Probe bzw. der meines Kindes für wissenschaftliche Zwecke freiwillig zu.  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

■ \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten  
bzw. der / des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt