

# Einwilligungserklärung

Dr. med. J. Arnold Dr. med. G. Balling Prof. Dr. M. Eigenthaler Haugerkirchgasse 7 D-97070 Würzburg

## Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik

### Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Abzuklärende Fragestellung/Genanalyse:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung, bzw. Genanalyse. Ich wurde über Zweck, Wesen, Umfang, Aussagekraft und mögliche Konsequenzen aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf oben benannte Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen kann. Auch kann ich die Untersuchung jederzeit stoppen, bzw. von einer Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen und verlangen, daß diese vernichtet werden.

Ich bin damit

einverstanden,  nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse maximal 4 Wochen im Labor aufbewahrt werden kann. Zugriff auf das Probenmaterial haben nur die Mitarbeiter des Labors. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Ich bin damit

einverstanden,  nicht einverstanden,

dass die Untersuchungsergebnisse auch folgender(m) mitbehandelnder(n) Ärztin/Arzt mitgeteilt werden:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in  
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in