



FB-MO-042/B

Seite 1 von 1

Datum: 01.01.2023

Laborärzte Sindelfingen

Version: B

Dr. rer. nat. Robert Goes
Dr. med. Mark Wylenzek
Dr. med. Jochen Ludwig
Dr. med. Sarper Sel
Dr. med. Stefan Rauch (ang. Arzt)

Vogelhainweg 4-6
71065 Sindelfingen
Postfach 580
71047 Sindelfingen

Telefon 07031-79 930
Telefax 07031-87 4691
Internet: www.laboraerzte-sifi.de
email: info@laboraerzte-sifi.de



Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC
15189 und 17025

Einwilligungserklärung

zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

.....
Name, Vorname/n Patient/in

geb. am

Abzuklärende Erkrankung(en) / gesundheitliche Störung(en) / genetische Eigenschaften

.....

Ich wurde gemäß den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes aufgeklärt und willige in die Durchführung der oben genannten genetischen Untersuchung/en und die dafür erforderliche Probengewinnung ein. Der ggf. notwendigen Weiterleitung von Untersuchungsaufträgen an medizinische Kooperationslabore stimme ich zu. Ich bin damit einverstanden, dass die erhaltenen Untersuchungsergebnisse auch an folgende

Personen übermittelt werden: _____

Meine Untersuchungsergebnisse müssen nicht nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren vernichtet werden. Mit der Aufbewahrung und Verwendung von nicht verbrauchtem Probenmaterial zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätssicherung (in pseudonymisierter Form) bzw. für weitere genetische Untersuchungsaufträge bin ich einverstanden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen und die Untersuchung bis zur Ergebnismitteilung stoppen kann. Darüber hinaus kann ich darüber entscheiden, ob und inwieweit die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt oder vernichtet werden sollen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt