

Name, Vorname

Geburtsdatum

- männlich
 weiblich



MVZ Labor Limbach
MÜNCHEN

MVZ Labor Limbach München GmbH
Richard-Strauss-Str. 80 – 82
81679 München
Telefon: 089 / 999 2970 0
Telefax: 089 / 999 2970 69

Einwilligungserklärung

Zur Durchführung genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Folgende genetische Untersuchung(en) soll(en) durchgeführt werden:

- Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung, insbesondere über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.
- Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.
- Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Untersuchung(en) auch an folgende Ärzte geschickt werden können:

Frau/Herr Dr. _____

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise schriftlich oder mündlich widerrufen und ich habe das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials, einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten, sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

(Arztstempel)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in
bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Unterschrift des
behandelnden Arztes