
Einverständniserklärung

zur genetischen Diagnostik bei Herz-Kreislaufkrankungen gemäß Gendiagnostikgesetz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über die Bedeutung der geplanten genetischen Untersuchung zu Ihrer Zufriedenheit informiert worden sind,

dass Sie eine ausreichende Bedenkzeit hatten,

dass Sie mit der Blutabnahme und der nachfolgenden genetischen Untersuchung einverstanden sind, dass Sie wissen, dass Sie Ihre Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen können,

dass das Untersuchungsergebnis nur Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt und keinem Dritten mitgeteilt werden darf und dass der Schutz Ihrer persönlichen Daten lückenlos eingehalten wird.

Genetische Untersuchung auf

Diese Einverständniserklärung gilt für

mich mein Kind die von mir gesetzlich vertretene Person

Name Vorname

Geburtsdatum

Ich bin mit der Aufbewahrung der Probe bis zur endgültigen Diagnosestellung einverstanden.

Ich bin mit der anonymisierten Aufbewahrung der Probe für Qualitätskontrollen/ wissenschaftliche Zwecke einverstanden.

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über 10 Jahre hinaus einverstanden.

Name, Vorname
der Patientin/des Patienten

Ort, Datum Unterschrift

(ggf. Namen, Vornamen der gesetzlichen Vertreter)

Name, Vorname, Stempel der Ärztin/des Arztes

Ort, Datum Unterschrift