



Einverständniserklärung zur Durchführung einer Genetischen Analyse

Ich,, geb. am,
Nachname, Vorname in Blockbuchstaben

erkläre mich einverstanden, dass aus der mir/ meinem Kind entnommenen Blutprobe und/oder Gewebe die Erbsubstanz DNA isoliert und die unten angeführte genetische Analyse im medizinisch-diagnostischen Labor Dr. Dostal oder in einem von diesem beauftragten zur Durchführung genetischer Analysen berechtigten Labor durchgeführt wird.

Ich erkläre, dass ich über das Wesen, die Aussagekraft und die Tragweite der angeforderten genetischen Analyse von meinem behandelnden Arzt aufgeklärt worden bin.

Alle Angaben im Zusammenhang der genetischen Analyse, sowie alle Ergebnisse der genetischen Analyse selbst unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden auf Verlangen nur mit meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung an andere Personen weitergegeben.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es Arbeitgebern, Versicherern und sonstigen Dritten gesetzlich verboten ist, Daten von genetischen Analysen oder genetische Analysen selbst zu erheben, zu verlangen oder zu veranlassen.

Genetische Analyse:

.....

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Stempel / Name des Arztes in Blockbuchstaben

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Arztes