

Dr. rer. nat. Robert Goes  
Dr. med. Martina Burchert-Graeve  
Dr. med. Mark Wylenzek  
Dr. med. Jochen Ludwig  
Dr. med. Sarper Sel



## Laborärzte Sindelfingen

Vogelhainweg 4-6 Postfach 580  
71065 Sindelfingen 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