
	FB-MO-042/D	Seite 1 von 1
Datum: 05.12.2025	Laborärzte Sindelfingen	Version: D
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 15189
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> <h2 style="margin: 0;">Einwilligungserklärung</h2> <p style="margin: 0;"><i>zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz</i></p> </div> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p>Name, Vorname/n Patient/in geb. am</p> <p>Abzuklärende Erkrankung(en) / gesundheitliche Störung(en) / genetische Eigenschaften</p> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p>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: _____</p> <p>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, für wissenschaftliche Zwecke (in anonymisierter Form) bzw. für weitere genetische Untersuchungsaufträge bin ich einverstanden. <i>(Nichtzutreffendes bitte streichen)</i></p> <p>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.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 40px;"> <div data-bbox="232 1675 365 1713"> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Ort, Datum </div> <div data-bbox="820 1675 1357 1713"> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 40px;"> <div data-bbox="232 1860 365 1894"> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Ort, Datum </div> <div data-bbox="820 1860 1300 1894"> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Unterschrift verantwortliche(r) Ärztin/Arzt </div> </div>		
K:\QMS freigegeben\FB_FREIGEgeben\MO\FBMO042D.doc		