

Patient*in	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Name, Vorname	geb.		
Straße			
PLZ	Ort		



Fachbereich Humangenetik

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Probenversand an:

Haus 137, 1.OG, Laborbereich

Tel. +49 (0)351 458 18349

Fachärzte für Humangenetik:

Prof. Dr. Diana Le Duc, MD/PhD; Prof. Dr. med. Min Ae Lee-

Kirsch; Dr. med. Joseph Porrmann; Dr. med. Arne Jahn;

Dr. Marcus Franke

Tel.: +49 (0)351 458 2891, Fax: +49 (0)351 458 4316

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung nach GenDG

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung vom: _____ zur genetischen Untersuchung in Bezug auf den

Untersuchungsgrund (Erkrankung / Diagnose): _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Widerruf meiner Einwilligung geschickt wird

an das Kooperationslabor: _____

zusätzlich an: _____

vertretungswise an die Ärzte und Ärztinnen der Genetischen Ambulanz.

Geänderte Entscheidung (Widerruf), wie meine Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags

- a) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung.
- b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.

ja nein

ja nein

ja nein

Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.

Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen, sowie Publikation der pseudonymisierten Ergebnisse.

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor.

Mitteilung gesundheitsrelevanter Anlageträgerschaften als **Zusatzbefunde** sowie weiterer Befunde, die ein erhöhtes Risiko bei meinen Nachkommen bedeuten würden.

ja nein

ja nein

ja nein

Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und / oder Ergebniss habe ich darüber hinaus entschieden:

(Bitte entsprechend ankreuzen)

Das Probenmaterial soll vernichtet werden, auch wenn damit der Untersuchungsauftrag nicht ausgeführt werden kann.

ja nein

Das Probenmaterial soll vernichtet werden nach Abschluss der Untersuchung.

ja nein

Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen vernichtet werden.

ja nein

Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen gesperrt werden.

ja nein

Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden

(Bitte entsprechend ankreuzen)

über die Verwendung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung.

ja nein

über die Verwendung des Ergebnisses nach Abschluss der Untersuchung.

Ich hatte die notwendige Bedenkezeit.

Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Ort, Datum	Unterschrift Patient*in bzw. gesetzliche/r Vertreter*in	Unterschrift aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin
	Vorname, Name Patient*in bzw. gesetzliche/r Vertreter*in in Druckbuchstaben	Vorname, Name aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin in Druckbuchstaben