

<b>Patient*in</b>		<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

**MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM  
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM**

## 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: \_\_\_\_\_

vertretungsweise 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.

☐ ja ☐ nein

b) für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.

☐ ja ☐ nein

**Nutzung** der Untersuchungsergebnisse für Familienmitglieder.

☐ ja ☐ nein

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

☐ ja ☐ nein

**Aufbewahrung** der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre.

☐ ja ☐ nein

**Weiterleitung** des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Kooperationslabor.

☐ ja ☐ nein

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

☐ ja ☐ nein

### Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und / oder Ergebnis 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 Bedenkzeit.

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