



Genetische Diagnostik

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Probenversand an:

Haus 137, 1.OG, Laborbereich

Tel. +49 (0)351 458 18349

Fachärzte für Humangenetik:

Prof. Dr. med. Evelin Schröck, Prof. Dr. med. Min Ae Lee-Kirsch,

Dr. med. Joseph Porrmann, Dr. med. Arne Jahn

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

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

**MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM**

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

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 Anlageträgerschaften 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. ja nein

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