Patient*in	☐ männlich	☐ weiblich	☐ 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. med. Marcus Franke; Dr. med. Jan Fischer
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: _____
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 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 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*