



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

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Probenversand an:

Haus 21, Laborbereich

Tel. +49 (0)351 458 18349

Fachärzte für Humangenetik:

Prof. Dr. med. Andreas Tzschach, Prof. Dr. med. Evelin Schröck

Prof. Dr. med. Min Ae Lee-Kirsch, PD Dr. med. Nataliya Di Donato,

Dr. med. Barbara Klink

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

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM

Widerruf einer Einwilligung zur genetischen Untersuchung

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 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. ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse länger als 10 Jahre. ja nein

Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor. ja nein

Mitteilung von Informationen über gesundheitsrelevante **Zusatzbefunde**. 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 Untersuchungs-auftrag 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 / Einrichtung (Name, Vorname, Adresse, Stempel o. Druckschrift)

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt