



(Bitte nicht überkleben)

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer humangenetischen Analyse

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich wünsche die Durchführung folgender genetischer Untersuchung(en):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- bei mir
- bei meiner Tochter / bei meinem Sohn \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt umfassend über diese zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft informiert und habe derzeit keine weiteren Fragen. Die durchzuführende Untersuchung beschränkt sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose/Eigenschaft und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Labor-Barcode-Nummer

Praxis-Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortlicher Arzt