



Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

**Institut für Medizinische Genetik**  
Ernst-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock

Patientendaten:

**Direktor (k.):**  
Prof. Dr. rer. nat. Jörn Bullerdiek.

**Fachgebundene Genetische Beratung:**  
Dr. med. Ingrid Bauer  
Telefon: +49 381 494-7083

**Homepage:**  
[www.genetik.med.uni-rostock.de](http://www.genetik.med.uni-rostock.de)

**In Kooperation mit:**  
Zentrum für Humangenetik  
Universität Bremen

## EINWILLIGUNG IN EINE GENETISCHE UNTERSUCHUNG

### **Vom aufklärenden Arzt auszufüllen:**

Klinische Symptomatik/Verdachtsdiagnose/Indikation/Fragestellung



### **Vom Patienten/gesetzlichen Vertreter auszufüllen, bitte Nichtzutreffendes streichen:**

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Probenmaterial und den genetischen Untersuchungen bezogen auf o. g. Fragestellung zu.

Sofern erforderlich, bin ich mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Material dem Institut für Medizinische Genetik Rostock.

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und -unterlagen über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.

Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.

Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.

**Ich wurde von meinem behandelnden Arzt in einem persönlichen Gespräch über die Bedeutung und Tragweite der Diagnostik und insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Diese Einwilligung kann ich jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen.**

*Die **vollständig** ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.*

Rostock, \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw.  
gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärender Arzt