

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

EINWILLIGUNG IN EINE GENETISCHE UNTERSUCHUNG

In Kooperation mit:
Zentrum für Humangenetik
Universität Bremen

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