Labor Dr. Krause & Kollegen MVZ GmbH
Steenbeker Weg 23, 24106 Kiel
Postfach 5084, 24062 Kiel
Labor: 0431/ 22 010-100
Verwaltung: 0431/ 22 010-200
Fax: 0431/ 22 010-299
info@labor-krause.de
www.labor-krause.de

Einverständniserklärung
zur humangenetischen Diagnostik (DNA Diagnostik)

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum: _____._____. _____

Indikation / Fragestellung: _____

gewünschte Untersuchung / Genanalyse _____

_____

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Probennahme und Durchführung humangenetischer Diagnostik. Die Untersuchung dient ausschließlich zur Abklärung der oben genannten Fragestellung bzw. Genanalyse. Mit der Untersuchung dürfen keine Aussagen zu anderen Krankheiten oder Erbanlagen erzielt werden. Der Befund darf an die Praxis meines behandelnden Arztes/meiner behandelnden Ärztin berichtet werden.

Ich bin ebenso einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit oder für Nachforderungen durch meinen behandelnden Arzt/Ärztin aufbewahrt wird, aber nicht länger als 3 Wochen nach Ergebniserstellung.

Mein behandelnder Arzt/Ärztin hat mich hinreichend aufgeklärt und mir eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Ich habe derzeit keine weiteren Fragen.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen.

_____ _____
Datum Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

_____ _____
Datum Unterschrift / Stempel behandelnder Arzt/Ärztin