

Einverständniserklärung humangenetische Untersuchung, Version 5, 19.02.2026

Einverständniserklärung zur humangenetischen Diagnostik (DNA Diagnostik)

Name, Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum: _____

Indikation / Fragestellung: _____
(Bitte den ICD-10-Code mit angeben!)

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. Die Ergebnisse der humangenetischen Untersuchung werden zur Wahrung schutzwürdiger Interessen des Patienten und des behandelnden Arztes gemäß §199 Abs. 2 BGB und §630 Abs. 3 BGB aufbewahrt.

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