

## Einwilligungserklärung zur Durchführung einer humangenetischen Analyse

Hiermit gebe ich [Name, Vorname] \_\_\_\_\_ ,

geb. \_\_\_\_\_ , wohnhaft in \_\_\_\_\_

mein Einverständnis zur Durchführung einer molekulargenetischen / zytogenetischen Analyse zur Abklärung der Verdachtsdiagnose einer/eines

\_\_\_\_\_

- bei  mir  
 meiner Tochter / meinem Sohn \_\_\_\_\_ , geb. \_\_\_\_\_  
 der von mir betreuten Person \_\_\_\_\_ , geb. \_\_\_\_\_

Ich wurde über die zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft informiert. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose und lässt keine Aussagen über weitere Erkrankungen zu. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Ich verzichte auf die angebotene genetische Beratung vor der Untersuchung.

Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Mit einer Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zweck einer ggfs. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Untersuchungsergebnisses sowie zum Zweck der Qualitätssicherung bin ich einverstanden (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Mit der Weitergabe des Befundes an den überweisenden Arzt bin ich einverstanden.

Überweisender Arzt \_\_\_\_\_

### Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Hiermit erlaube ich widerruflich die elektronische Erhebung, Erfassung, Speicherung und ggf. die Weitergabe meiner Daten durch die Arztpraxis an ein oder mehrere Labor/e zum Zweck der Auftragsbearbeitung und Rechnungsstellung.

Rechtsgrundlage: Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

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

Einsendender Arzt [Unterschrift, Praxisstempel] \_\_\_\_\_