

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung
nach dem Gendiagnostik-Gesetz durch das Labor Enders



0053 0062 00

Vorgesehene Untersuchung:

Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktor D aus mütterlichen Blut

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgender weitere(r) Ärztin / Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters _____

Name des aufklärenden Arztes _____ Unterschrift des aufklärenden Arztes _____

