

Patientendaten

**Einverständniserklärung für  
genetische Untersuchungen  
(gem. GenDG)**

Praxisstempel

**Gewünschte Untersuchungen:**

---

---

**Diagnose / Vorbefunde:**

---

---

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der genetischen Untersuchung einverstanden. Von meinem behandelnden Arzt wurde ich umfassend über Art, Zweck und Aussagekraft der genetischen Untersuchung sowie über das Recht auf Nichtwissen informiert und habe zur Zeit keine weiteren Fragen. Die Einverständniserklärung gilt ausschließlich für die oben genannten Untersuchungen. Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für eine Überprüfung der Ergebnisse und evtl. notwendige Zusatzuntersuchungen einverstanden. Falls erforderlich darf das Probenmaterial an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. Bei Fragen kann ich mich jederzeit an meinen behandelnden Arzt wenden.

Mit der anonymisierten Verwendung von überschüssigem Probenmaterial für die Qualitätssicherung und für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / des gesetzlichen Vertreters