

Oro-Dentale Mikrobiologie

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung auf Laktoseintoleranz
(gemäß §8 Gendiagnostikgesetz, 01. Februar 2010)

<i>Patient/in Name, Vorname</i>	<i>Geburtsdatum</i>

Untersuchung / Auftrag

Laktoseintoleranz aus Wangenabstrich

Praxisstempel / Unterschrift Arzt

ja nein

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt / Therapeuten über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift</i> <i>Patient/in, bzw. gesetzlicher Vertreter</i>