

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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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