

GENETISCHE UNTERSUCHUNG

Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung (gem. Gendiagnostikgesetz)

Schriftlicher Widerruf	
Name, Vorname: (zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
<p>Ich widerrufe hiermit meine am erteilte Einwilligung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung über die in Frage stehende Erkrankung</p> <p>.....</p> <p>Ich beauftrage Sie bzw. die mit der genetischen Analyse beauftragte Einrichtung gemäß GenDG damit, sämtliches Probenmaterial und die bereits erstellten Ergebnisse und Befunde zu vernichten.</p>	
..... Ort, Datum Ort, Datum
..... Unterschrift Unterschrift
..... Name, Vorname Patient/Gesetzlicher Vertreter (Druckschrift) Name, Vorname Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin (Druckschrift)

Nur bei mündlich erfolgtem Widerruf vom verantwortlichen Arzt auszufüllen!	
Name, Vorname: (zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
<p>Hiermit möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass der o.g. Patient / der gesetzliche Vertreter der o.g. Person am die am mir erteilte Einwilligung zur genetischen Untersuchung im Hinblick auf die abzuklärende Erkrankung widerrufen hat.</p> <p>Wir bitten Sie als die mit der genetischen Analyse beauftragte Einrichtung gemäß GenDG darum, sämtliches Probenmaterial und die bereits erstellten Ergebnisse und Befunde zu vernichten.</p>	
..... Ort, Datum	
..... Unterschrift	
..... Name, Vorname Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin (Druckschrift)	