

WIDERRUF DER EINWILLIGUNG ZUR GENETISCHEN UNTERSUCHUNG (gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG)

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur genetischen Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich oder ärztlich dokumentiert. Bereits erbrachte Leistungen können weiterhin abgerechnet werden.

Angaben zur betroffenen Person	
Patient/in:	
..... Name, Vorname	 Geburtsdatum
Angaben zur Untersuchung	
Die genetische Untersuchung bezog sich auf folgende Erkrankung / Fragestellung: 	Auftragsnummer/ Barcode:
Datum der Einwilligung zur Untersuchung:	
Schriftlicher Widerruf Patient/in bzw. gesetzlicher Vertretung	
Ich widerrufe hiermit meine Einwilligung zur oben genannten Untersuchung und beauftrage das IMD Labor Greifswald – MVZ Labor Greifswald GmbH bzw. das beauftragte Partnerlabor gemäß GenDG mit: - der Vernichtung sämtlichen Probenmaterials - der Löschung bzw. Vernichtung aller bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorliegenden Befunde und Ergebnisse	
Name des/der Patient/in / gesetzlichen Vertretung (in DRUCKBUCHSTABEN):	
..... Ort / Datum	X..... Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung
Ärztliche Dokumentation bei mündlichem Widerruf	
Hiermit dokumentiere ich den mündlich erklärten Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung durch den/die oben genannte/n Patient/in im Hinblick auf die genannte Fragestellung.	
Ich beauftrage das IMD – MVZ Labor Greifswald GmbH bzw. das beauftragte Partnerlabor gemäß GenDG mit: - der Vernichtung sämtlichen Probenmaterials - der Löschung bzw. Vernichtung aller bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorliegenden Befunde und Ergebnisse	
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt:	
..... Ort / Datum	X..... Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt