
FB_3.75.46.115 Einwilligungserklärung Gendiagnostikgesetz

Institut für Transfusionsmedizin und Transplantat Engineering
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
OE 8350, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland
Tel.: +49 511 532 3886
Fax: +49 511 532 4178
immungenetik@mh-hannover.de
<https://www.mhh.de/itt>

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Untersuchungen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und Durchführung der geplanten genetischen Untersuchung:

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf die Fragestellung der Untersuchung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus und verbleibendes Probematerial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden können (nichtzutreffendes bitte streichen).

Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Name der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Unterschrift der/des Patientin/en
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name der/des Erziehungsberechtigten/Gesetzlichen
Vertreterin/Vertreters (in Druckbuchstaben)