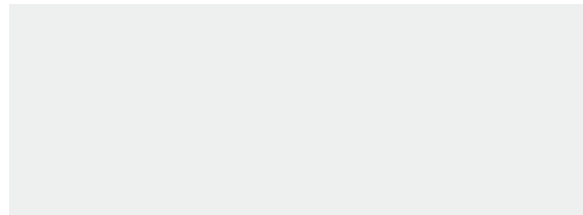


**Labor Dr. Bayer**

Kompetenzzentrum für komplementär-  
medizinische Diagnostik  
Max-Lang-Straße 58  
70771 Leinfelden-Echterdingen

Fax +49(0)711 164 18 18



Name des Patienten, Geburtsdatum

## Einwilligungserklärung zur molekulargenetischen Untersuchung

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

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Untersuchungen bei folgender Indikation

bei mir bzw. meinem Kind

### Aufbewahrung der Probe

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung der genetischen Proben nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherstellen zu können, werden die genetischen Proben über einen angemessenen Zeitraum (i. d. R. 2 Wochen) aufbewahrt und dann verworfen.

- Ich betrachte den vom Gesetz vorgegebenen Zeitraum zur Aufbewahrung der Probe als ausreichend.
- Ich wünsche eine **längere Aufbewahrungsdauer der Probe**.

### Verwendung der Probe

- Ich erlaube die Verwendung meiner Probe ausschließlich für die hier angeforderten Untersuchungen.
- Ich stimme einer **Verwendung** meiner anonymisierten Probe **für Qualitätssicherungsmaßnahmen** bzw. **für wissenschaftliche Zwecke** zu.

### Aufbewahrung der Ergebnisse

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung des Befundes nach einer Aufbewahrungszeit von 10 Jahren vor. Die Ergebnisse könnten aber für die genetische Beratung Ihrer Nachkommen oder anderer Verwandten auch nach diesem Zeitraum von Bedeutung sein.

- Ich betrachte den vom Gesetz vorgegebenen Zeitraum zur Aufbewahrung der Probe als ausreichend.
- Ich wünsche eine **längere Aufbewahrungsdauer der Ergebnisse**.

Es steht mir frei, diese Einwilligung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden mir gemäß dem Deutschen Gendiagnostikgesetz nur über meinen verantwortlichen Arzt mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten

Unterschrift und Stempel des aufklärenden Arztes