

Bitte zusammen mit dem Anforderungsschein zurücksenden an:
MVZ Laborärzte Singen
Virchowstraße 10c
D-78224 Singen

Einverständniserklärung des Patienten- der Patientin- des gesetzlichen Vertreters zur

Durchführung folgender molekularbiologischer Analyse(n).....

Name/Vorname

des Patienten.....Geb.Datum.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung aus der mir/meinem Kind entnommenen Blut- bzw. Gewebeprobe die Erbsubstanz DNA isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) hin untersucht wird; z.B. Faktor V-Leiden Mutation, Prothrombinmutation, Hämochromatosemutation, Lactoseintoleranz etc. Ich stimme außerdem zu, daß die Ergebnisse entsprechend den gesetzlichen Vorgaben archiviert werden. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen, ohne daß mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, daß sich mit den gegenwärtig verfügbaren Methoden nicht alle Mutationen nachweisen lassen. Außerdem sind für eine Reihe von Erkrankungen noch nicht alle genetischen Ursachen bekannt. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung(en) nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Patienten/in/Erziehungsberechtigten/gesetzl. Vertreters

Bitte zusammen mit dem Anforderungsschein zurücksenden an:
Laborärzte Singen
Virchowstraße 10c
D-78224 Singen

Einverständniserklärung des Patienten- der Patientin- des gesetzlichen Vertreters zur

Durchführung folgender molekularbiologischer Analyse(n).....

Name/Vorname

des Patienten.....Geb.Datum.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung aus der mir/meinem Kind entnommenen Blut- bzw. Gewebeprobe die Erbsubstanz DNA isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) hin untersucht wird; z.B. Faktor V-Leiden Mutation, Prothrombinmutation, Hämochromatosemutation, Lactoseintoleranz etc. Ich stimme außerdem zu, daß die Ergebnisse entsprechend den gesetzlichen Vorgaben archiviert werden. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen, ohne daß mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, daß sich mit den gegenwärtig verfügbaren Methoden nicht alle Mutationen nachweisen lassen. Außerdem sind für eine Reihe von Erkrankungen noch nicht alle genetischen Ursachen bekannt. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchung(en) nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Patienten/in/Erziehungsberechtigten/gesetzl. Vertreters