

Einverständniserklärung genetischer Untersuchungen

Ich,
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben)

geb. am

bestätige, dass ich durch Frau/Herrn Dr.

.....
Nachname, Vorname Ärztin/Arzt (in Blockbuchstaben)

gemäß §69 GTG über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass an einer entnommenen Probe von mir bzw. meinem minderjährigen Kind

.....
Nachname, Vorname (in Blockbuchstaben), geboren am

eine genetische Untersuchung hinsichtlich Verdacht/Abklärung auf

.....
durchgeführt wird.

Datum.....

.....
Unterschrift des volljährigen Patienten (Erziehungsberechtigter)

.....
Unterschrift der/des beratenden Ärztin/Arztes