AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR HUMANGENETIK & GENETISCHE LABORE
DRES. PETERS | KLEIER | PREUSSE

Genetische Beratung und Humangenetische Labore
im Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik
Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg
Tel. 040 - 432 926-0 | Fax 040 - 432 926-20
www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

☐ ambulant ☐ privat ☐ stationär ☐ Selbstzahler

☐ männlich ☐ weiblich

☐ **Cito** ☐ **Faxbefund an Einsender**

Aufklärung und Einwilligung zur genetischen Diagnostik gemäß § 8 u. 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der u.g. Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt.

Gewünschte Untersuchung: _____

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Probe nur zu diagnostischen Zwecken für die o.g. Analyse verwendet werden darf. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur o.g. Analyse jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen meiner Untersuchungsergebnisse habe und diese auf mein Verlangen vernichtet werden müssen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Personen weitergeleitet werden dürfen:

- meinen Partner / in: .....
- meine(n) Frauenärztin(-arzt): .....
- meine(n) Hausärztin(-arzt): .....
- meine(n) Kinderärztin(-arzt): .....
- sonstige benannte Personen: .....

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und evtl. späterer Untersuchungen bei mir selber oder in meiner Familie einverstanden.

□ **einverstanden** □ **nicht einverstanden**

Ich bin mit der Aufbewahrung des Probenmaterials in anonymisierter Form für laboranalytische Qualitätskontrollen/wissenschaftliche Zwecke einverstanden.

□ **einverstanden** □ **nicht einverstanden**

Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus einverstanden.

□ **einverstanden** □ **nicht einverstanden**

Bei Bedarf dürfen meine Ergebnisse für Beratung /Untersuchung meiner Angehörigen genutzt werden.

□ **einverstanden** □ **nicht einverstanden**

_____ _____ _____

Ort, Datum Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin Unterschrift Patient/in