

Patienteneinwilligung

Molekulare Endokrinopathologie Genetische Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

“Ich bestätige hiermit, dass ich beraten wurde, und dass mir genügend Zeit für Fragen und Bedenken eingeräumt worden ist”

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:

DNA-Untersuchung bezüglich (Name der Krankheit): _____

Aus folgendem Untersuchungsmaterial: _____

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

- Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren. Mein Untersuchungsmaterial darf - nach Anonymisierung - für medizinische Forschung eingesetzt werden.
- Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren.
- anderes: _____

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Eltern / rechtlicher Vertreter)

Zuweisender Arzt:

“Ich habe der oben genannten Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt, die Grenzen der Methode besprochen und ihre Fragen beantwortet”

Name: _____

Unterschrift (zwingend): _____

Ort und Datum: _____

Stempel