

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.	Status
Betriebsst. Nr.	Arzt Nr.	Status

Labor Dr. med. J. Völker
 Facharzt für Laboratoriumsmedizin,
 Mikrobiologie und Transfusionsmedizin
 Diakoniestr. 10
 74523 Schwäbisch Hall
 Tel: 0791 753 4701

Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>

Arztstempel und Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Untersuchung meines Blutes

auf: _____ einverstanden.

-Ich wurde über Wesen, Bedeutung und Konsequenzen der obengenannten genetischen Untersuchung aufgeklärt und habe ausreichend Bedenkzeit erhalten.

-Ich weiß, dass ich meine Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

-Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis länger als die vom Gesetz her vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt wird.

-Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial, falls nötig, an ein Kooperationslabor weitergeleitet wird und im untersuchenden Labor aufbewahrt werden darf.

-Ich bin damit einverstanden, dass Daten (keine Untersuchungsergebnisse!) für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

-Ich weiß, dass die Ergebnisse ohne meine ausdrückliche Zustimmung außer an den behandelnden Arzt nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____