

WIDERRUF DER EINWILLIGUNG ZUR GENETISCHEN UNTERSUCHUNG (gemäß Gendiagnostikgesetz GenDG)

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur genetischen Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich oder ärztlich dokumentiert. Bereits erbrachte Leistungen können weiterhin abgerechnet werden.

Angaben zur betroffenen Person

Patient/in:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Angaben zur Untersuchung

Die genetische Untersuchung bezog sich auf folgende Erkrankung /
Fragestellung:

Auftragsnummer/ Barcode:

.....

Datum der Einwilligung zur Untersuchung:

Schriftlicher Widerruf Patient/in bzw. gesetzlicher Vertretung

Ich widerrufe hiermit meine Einwilligung zur oben genannten Untersuchung und beauftrage das
IMD Labor Oderland GmbH - MVZ Ärztliches Labor Dr. Frank Berthold und Kollegen bzw. das beauftragte
Partnerlabor gemäß GenDG mit:

- der Vernichtung sämtlichen Probenmaterials
- der Löschung bzw. Vernichtung aller bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorliegenden Befunde und Ergebnisse

Name des/der Patient/in / gesetzlichen Vertretung (in DRUCKBUCHSTABEN):

.....

.....
Ort / Datum

X.....
Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung

Ärztliche Dokumentation bei mündlichem Widerruf

Hiermit dokumentiere ich den mündlich erklärten Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung durch
den/die oben genannte/n Patient/in im Hinblick auf die genannte Fragestellung.

Ich beauftrage das IMD Labor Oderland GmbH - MVZ Ärztliches Labor Dr. Frank Berthold bzw. das beauftragte
Partnerlabor gemäß GenDG mit:

- der Vernichtung sämtlichen Probenmaterials
- der Löschung bzw. Vernichtung aller bis zum Zeitpunkt des Widerrufs vorliegenden Befunde und Ergebnisse

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

.....
Ort / Datum

X.....
Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt