

GENETISCHE UNTERSUCHUNG

Widerruf der Einwilligung zur genetischen Untersuchung (gem. Gendiagnostikgesetz)

Schriftlicher Widerruf	
Name, Vorname: (zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
Ich widerrufe hiermit meine am erteilte Einwilligung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung über die in Frage stehende Erkrankung Ich beauftrage Sie bzw. die mit der genetischen Analyse beauftragte Einrichtung gemäß GenDG damit, sämtliches Probenmaterial und die bereits erstellten Ergebnisse und Befunde zu vernichten. 	
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift
Name, Vorname Patient/Gesetzlicher Vertreter (Druckschrift)	Name, Vorname Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin (Druckschrift)

Nur bei mündlich erfolgtem Widerruf vom verantwortlichen Arzt auszufüllen!	
Name, Vorname: (zu untersuchende Person)	Geb.-Datum:
Hiermit möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass der o.g. Patient / der gesetzliche Vertreter der o.g. Person am die am mir erteilte Einwilligung zur genetischen Untersuchung im Hinblick auf die abzuklärende Erkrankung widerrufen hat. Wir bitten Sie als die mit der genetischen Analyse beauftragte Einrichtung gemäß GenDG darum, sämtliches Probenmaterial und die bereits erstellten Ergebnisse und Befunde zu vernichten. 	
Ort, Datum	
Unterschrift	
Name, Vorname Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin (Druckschrift)	