

Name, Vorname der Patientin

geb. am.

Adresse:

Einsender: (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Tel.:

Fax:

## Einwilligungserklärung und Probenlagerung

### Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Ich hatte Gelegenheit, mit meinem behandelnden Arzt / Ärztin über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und willige in die Abnahme einer Probe sowie die Durchführung der folgenden genetischen Untersuchung(en) ein:

### Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Hiermit willige ich ein, dass

- meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen **archiviert** werden.
- meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in anonymisierter Form aufbewahrt werden können.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor der Überörtlichen Gemeinschaftspraxis nicht möglich sein sollte.
- neben dem Arzt/ der Ärztin der/ die die genetische Analyse veranlasst hat, jeder andere Arzt/ jede andere Ärztin der Überörtlichen Gemeinschaftspraxis Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Das Untersuchungsergebnis soll auch folgenden mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden:

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

### Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten