



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur humangenetischen Analyse

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass

eine molekulargenetische / zytogenetische Analyse zur Abklärung der Verdachtsdiagnose

eine prädiktive (präsymptomatische) genetische Analyse zur Abklärung des Trägerstatus hinsichtlich

_____ Erkrankung, Syndrom

bei mir

bei meiner Tochter / meinem Sohn

_____ geb. _____

durchgeführt wird.

Ich wurde über diese zu untersuchende Krankheit bzw. Anlageträgerschaft informiert. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die oben genannte Verdachtsdiagnose und lässt keine Aussage über andere Erkrankungen zu. Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Analyse bin ich aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt.

Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ich stimme zu, ich stimme nicht zu,

dass verbleibendes genetisches Material (DNA) zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und gegebenenfalls für ergänzende Untersuchungen aufbewahrt wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Patient, Erziehungsberechtigter

DECLARATION OF CONSENT

to genetic investigation

Patient: _____

Date of birth: _____

Postal address: _____

I agree that

a molecular genetic / cytogenetic analysis to diagnose or to exclude

a predictive (presymptomatic) genetic analysis to diagnose or to exclude the genetic carrier status will be performed, with regard to

_____ disease, syndrome

by myself

by my son / my daughter

_____ born _____

I have been informed about this disease or the possible hereditary disposition, respectively. This analysis directly relates to the above mentioned tentative diagnosis and will not give any information about other diseases. I have been informed about nature, significance, and consequences of the genetic analysis.

I have got enough time for consideration.

I have the liberty to cancel the patient consent at any time, or to refrain from the results of the analysis.

I agree I do not agree

that the remaining genetic material (DNA) will be conserved for the purpose of verifiability of the results.

Place, Date _____

Signature _____

Patient, Parent, Legal guardian

Unterschrift Arzt, Praxisstempel / Signature, Medical Practitioner