

**Einwilligungserklärung zur Durchführung von Untersuchungen im Labor München Zentrum MVZ, die unter das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fallen.**

Vorgesehene Untersuchung/-en:

---

---

---

Hiermit erteile ich, mein Einverständnis, die oben genannten Untersuchungen bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind durchführen zu lassen.

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Straße	PLZ/Ort
--------	---------

Ich wurde von meinem Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Ich bin mit der Entnahme des Untersuchungsmaterials einverstanden. Die Einwilligung kann bis zum Untersuchungszeitpunkt jederzeit widerrufen werden.

Wir bitten Sie auch folgende Fragen zu beantworten:

Aufbewahrung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung für eventuell erforderliche Folgeuntersuchungen: \* Ja \* Nein

Aufbewahrung der Ergebnisse im Labor / in der Arztpraxis über die gesetzliche Vorschrift von 10 Jahren hinaus z.B. im Rahmen von Familienuntersuchungen. \* Ja \* Nein

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrag an ein kooperierendes medizinisches Labor einverstanden: \* Ja \* Nein

Folgende(r) Arzt / Ärzte sollen den Befund ebenfalls erhalten:

---

Ort / Datum	Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift aufklärender Arzt
-------------	---	--------------------------------

Praxis / Name des Aufklärenden Arztes:

**Barcode**