

1 Patientendaten

GENETISCHES LABOR

www.dr-hansmann.de

DR. MED. D. HANSMANN

53604 BAD HONNEF

Tel: 0171 – 823 1755

Fax: 02224 - 79900

Email: info@dr-hansmann.de

Pat. Tel. Nr.:

Krankenkasse:

Ort, Datum:

Humangenetische Untersuchung und Begutachtung von:

Erwachsenen-Blut

(6-8ml Vollblut in heparinbeschichtetem Röhrchen / oder Zusatz 0,5ml Heparin)

Indikation für Chromosomenanalyse:

- Abklärung familärer Chromosomenumbau
- Z. n. Abort/en (Anzahl
- IVF / ICSI
-

Kassenarztstempel

(Bitte gelben Überweisungsschein Muster 6 beifügen!

An: Humangenetik, Ausführung von Auftragsleistung: Chromosomenanalyse)

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für die geplante genetische Untersuchung und die dafür erforderliche Blut- / Gewebsentnahme. Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde. Ich nehme zur Kenntnis dass die Möglichkeit einer fachärztlichen humangenetischen Beratung durch Frau Dr. Hansmann besteht.

Mit der Aufbewahrung von restlichem Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bin ich einverstanden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch später zur Verfügung stehen.

Das überschüssige Material darf für wissenschaftliche Zwecke

- verwendet werden
- nicht verwendet werden (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Mir ist bekannt, dass alle Ergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/In bzw. des gesetzlichen Vertreters

Alternativ: Ich versichere, dass der/die PatientIn mit der Untersuchung einverstanden ist.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des gemäß GenDG verantwortlichen Arztes