

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN ANALYSE

Ich erkläre mich einverstanden, dass aus der mir/ meinem Kind/ entnommenen Blutprobe und / oder Gewebe die Erbsubstanz DNA isoliert und die unten angeführte genetische Analyse durchgeführt wird, um gegebenenfalls die entsprechenden Ergebnisse überprüfen zu können.

Ich erkläre, dass ich über Wesen, die Aussagekraft und die Tragweite der angeforderten genetischen Analyse von meinem behandelnden Arzt aufgeklärt worden bin.

Alle Angaben im Zusammenhang mit der genetischen Analyse, sowie alle Ergebnisse der genetischen Analyse selbst unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden auf Verlangen nur mit meiner ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung an andere Personen weitergegeben.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es Arbeitgebern, Versicherern und sonstigen Dritten gesetzlich verboten ist, Daten von genetischen Analysen oder genetische Analysen selbst, zu erheben, zu verlangen oder zu veranlassen.

Genetische Analyse: _____

Name und Vorname des Patienten: _____

Geb.Datum des Patienten: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Arztes _____

Bitte einsenden an:
Labor Dr. Tassilo Trubrig
Europaplatz 7
4020 Linz