

Patientendaten:

Arztstempel:



Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Adresse:

Versicherung:

Molekulargenetische Analyse erblich-bedingter Tumorerkrankungen

in Zusammenarbeit mit dem **Medizinisch Genetischen Zentrum München** und dem **Institut für Pathologie Deggendorf und Straubing**.

Antrag

zur Durchführung einer molekulargenetischen Analyse und Einverständniserklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial.

Ich wünsche, dass von mir entnommenes Blut und/oder von mir aufgewahrtes Gewebe auf genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird.

Hiermit erkläre ich, dass ich genetisch ausführlich beraten wurde und umfassend über die Möglichkeiten und Grenzen der genetischen Untersuchung aufgeklärt worden bin. Im Beratungsgespräch wurden die sich für mich persönlich ergebenden Konsequenzen ausführlich erörtert. Ich stimme zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, damit die mich betreffenden Ergebnisse überprüft werden können.

Das Beratungsgespräch sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte, nicht an Dritte, weitergegeben.

Ich versichere, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und derzeit keine weiteren Fragen zu diesem Thema habe. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Untersuchungsindikation: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Arzt: _____