Formblatt / Gendiagnostikgesetz
Januar 2010

Einwilligungserklärung zur Durchführung von Untersuchungen im synlab MVZ Labor München Zentrum, 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.
Von der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse kann jederzeit Abstand genommen werden.

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

Barcode

Praxis / Name des Aufklärenden Arztes:

synlab MVZ Labor München Zentrum ♦ Bayerstraße 53 ♦ 80335 München
Telefon: +49 89 54 308 – 0 ♦ Fax: +49 89 54 308 – 337
E-Mail: münchen.zentrum@synlab.com ♦ Internet: www.synlab.com