Dr. Günther Seifert
Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik
Tel: 0732-778688 Fax: -12
ordination@laborseifert.at
www.laborseifert.at

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR DURCHFÜHRUNG EINER 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 in einem von Dr. Günther Seifert beauftragten zur Durchführung genetischer Analysen berechtigten Labor durchgeführt wird. Bei Minderjährigen erfolgt die Zustimmung über den gesetzlichen Vormund.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um gegebenenfalls die entsprechenden Ergebnisse überprüfen zu können. Ich bin ebenfalls einverstanden, dass das Material bzw. die daraus gewonnenen genetischen Daten gegebenenfalls anonymisiert für rein wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

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/Parameter: _____

_____

Name und Vorname des Patienten:
(in Blockschrift) _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Name des Vormundes:
(in Blockschrift) _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____
bzw. Vormundes

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____