

## 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.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt 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. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse dem behandelnden Arzt übermittelt bzw. in Arztbriefen und Krankengeschichten dokumentiert werden.

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

Genetische Analyse: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten: \_\_\_\_\_

---

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

---

Ort/Datum

Unterschrift des Arztes

Bitte einsenden an:  
myLab – Medizinisches Labor Dr. Paul Niedetzky  
Europaplatz 7  
4020 Linz