

# Einwilligungserklärung

für molekulargenetische Untersuchungen gemäß  
Gendiagnostikgesetz

Genetische Untersuchung (bitte eintragen)

---

Diese Einwilligungserklärung gilt:

- für mich
- für mein Kind
- für die von mir gesetzlich vertretene Person

Name,  
Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich wurde aufgeklärt und bin mit der angeforderten Untersuchung sowie  
der dafür notwendigen Probenentnahme einverstanden.

Patient/in bzw.  
Sorgeberechtigter: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Datum/Unterschrift des verantwortlichen

Arztes: \_\_\_\_\_