

Einwilligungserklärung

für molekulargenetische Untersuchungen gemäß
Gendiagnostikgesetz

Gewünschte genetische Untersuchung(en):

Diese Einwilligungserklärung gilt:

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

Patient(in)
(Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Ggf. Sorgeberechtigter
(Name, Vorname):

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

Datum, Unterschrift
(Patient/in, Sorgeberechtigter):

**Praxisstempel,
Datum und Unterschrift
des aufklärenden Arztes:**
