

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

*Praxisstempel*

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

für molekulargenetische Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Genetische Untersuchung (bitte eintragen):

- Faktor-V-Leiden-Mutation und/oder Faktor II-Mutation
- Hämochromatose
- Ersttrimester-Screening
- SOD2 und/oder COMT
- Konventionelle Chromosomenanalyse
- Sonstige \_\_\_\_\_

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich vom behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der oben genannten Untersuchung aufgeklärt wurde. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt. Mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial bin ich einverstanden.

Der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an einen spezialisierten Arzt und der Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärzte stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum      Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum      Unterschrift aufklärender Arzt