**Molekulare Endokrinopathologie**

**Genetische Untersuchungen**

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:

“Ich bestätige hiermit, dass ich beraten wurde, und dass mir genügend Zeit für Fragen und Bedenken eingeräumt worden ist”

**Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:**

DNA‐Untersuchung bezüglich (Name der Krankheit):

Aus folgendem Untersuchungsmaterial:

**Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:**

Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren. Mein Untersuchungsmaterial darf - nach Anonymisierung - für medizinische Forschung eingesetzt werden.

Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren.

anderes:

Unterschrift: Ort und Datum:

(Eltern / rechtlicher Vertreter)

**Zuweisender Arzt:**

“Ich habe der oben genannten Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt,   
die Grenzen der Methode besprochen und ihre Fragen beantwortet”

Name:

Unterschrift (zwingend):

Ort und Datum:

Stempel

7FO-Patienteneinverständniserklärung-ME\_2-1310-70020-PTK.docx A.Weber, 14.03.2011 page 1 of 1