Qualität
im ärztlichen
Labor

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner

Dr. Dr. med. Michael Klein
Dr. med. Stefan Schmitt
Dr. med. Andrea Erbeldinger*
Dr. med. Sandra Hill*
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Shan-Rui Han*
Fachärztin für Mikrobiologie, Infektions-Epidemiologie und Laboratoriumsmedizin

MVZ · Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner · Brüsseler Straße 1 · 67657 Kaiserslautern

MVZ Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und
Mikrobiologie
Brüsseler Straße 1

67657 Kaiserslautern

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung der angeforderten genetischen Untersuchung/en nach dem Gendiagnostikgesetz durch das MVZ Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner

Name, Vorname _____

geb.: _____

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der umseitig genannten Untersuchung bei mir oder bei meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen und dass ich die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann. Über das Recht auf Nichtwissen wurde ich informiert. Ich habe alle bis dahin entstandenen Analysenkosten zu tragen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundübermittlung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch das Ankreuzen mit JA oder NEIN:

	JA	NEIN
Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	☐	☐
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	☐	☐
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:	☐	☐

_____

Ort, Datum — Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

_____

Name des aufklärenden Arztes — Unterschrift des aufklärenden Arztes

Brüsseler Straße 1
67657 Kaiserslautern
Tel.: (0631) 30324-0
Fax: (0631) 30324-112
E-Mail: info@lab-kl.de
Internet: www.lab-kl.de

Patnerschaftsgesellschaft
Sitz Kaiserslautern
Amtsgericht Zweibrücken
PR 066

* Angestellte Ärzte

Gedruckt auf FSC® - zertifiziertem Papier/FSC-C112122

DAkkS
Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-13235-01-00
Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189