



Qualität
im ärztlichen
Labor

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
Labor Dr. Klein Dr. Schmitt GmbH

MVZ · Labor Dr. Klein Dr. Schmitt GmbH · Brüsseler Str. 1 · 67657 Kaiserslautern

MVZ Labor
Dr. Klein Dr. Schmitt GmbH
Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und
Mikrobiologie
Brüsseler Straße 1

67657 Kaiserslautern

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes

MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
Labor Dr. Klein Dr. Schmitt GmbH
Brüsseler Straße 1 · 67657 Kaiserslautern
Tel.: 0631/30 32 4-0 · Fax: 0631/30 32 4-112
E-Mail: info@lab-kl.de · www.lab-kl.de
Geschäftsführung: Dr. Dr. Michael Klein, Dr. Stefan Schmitt

Commerzbank, Saarbrücken
IBAN: DE76 5908 0090 0306 5297 03
SWIFT-BIC: DRESDEFF590
PAYPAL: paypal@lab-kl.de

Finanzamt Kaiserslautern
Steuer-Nr.: 19/656/42105
USt.Id.Nr.: DE 241949844
Amtsgericht Kaiserslautern
HRB 33066



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