

Weiterleitung des Widerrufs einer Einwilligung zur genetischen Untersuchung/Analyse an beauftragte Einrichtungen und Personen

| Patientendaten (ggf. Aufkleber) | |
|---------------------------------------------------------------------|---------|
| <hr/> | |
| Name | Vorname |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| geb. am | |
| <hr/> | |
| Straße | |
| <hr/> | |
| PLZ | Wohnort |

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass der o.g. Patient / die o.g. Patientin / der (gesetzliche) Vertreter der o. g. Person

am _____

die mir am _____

erteilte Einwilligung zur genetischen Untersuchung / Analyse im Hinblick auf

widerrufen hat. Ich bitte Sie dafür Sorge zu tragen, dass gemäß § 12, Abs 1, Nr. 2 und § 13, Abs. 1 GenDG sämtliches Untersuchungsmaterial, welches Ihnen von mir zur Diagnostik zugesandt wurde, alle daraus gewonnenen Komponenten sowie alle daraus erstellten Ergebnisse und Befunde sofort vernichtet werden.

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift
 der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

| | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| Freigegeben: | Institut für Humangenetik und Universitätsmedizin Greifswald MVZ GmbH | 02.03.2020 | |
| ID: 21130 | Version: 002/03.2020 | Gültig bis: 02.03.2024 | Seite 1 von 1 |