



Einwilligungserklärung (interner Einsender)
zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patienten-Daten: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____	Einsender: Anfordernder Arzt: _____ <i>bitte in Druckbuchstaben</i> Station: _____ Klinik: _____ _____
---	--

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der infrage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die vom behandelnden Arzt genannte Untersuchung eingeräumt, und ich hab das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt, laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte, innerhalb des Klinikums auch online, einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Auftrag: Hiermit bitte ich um Durchführung der mittels Lauris ausgewählten Untersuchung.

Ort, Datum

Unterschrift des anfordernden Arztes

Bitte Patientendaten und gewünschte molekulargenetische Untersuchung im LAURIS eingeben und diese Seite mit Probe (10 ml EDTA-Blut) einsenden!

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts
Sitz Tübingen
Geissweg 3 • 72076 Tübingen
Tel. 07071/29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de
Steuer-Nr. 86156/09402
USt.-ID: DE 146 889 674

Aufsichtsrat
Hartmut Schrade (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth
Klaus Tischler

Baden-Württembergische Bank Stuttgart
BLZ 600 501 01 Konto-Nr. 7477 5037 93
IBAN: DE41 6005 0101 7477 5037 93
SWIFT-Nr.: SOLADEST
Kreissparkasse Tübingen
BLZ 641 500 20 Konto-Nr. 14 144
IBAN: DE79 6415 0020 0000 0141 44
SWIFT-Nr.: SOLADES1TUB