

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

<b>Patienten-Daten:</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____	<b>Einsender:</b> 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 habe 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  
Steuer-Nr. 86156/09402  
USt.-ID: DE 146 889 674  
Geissweg 3  
72076 Tübingen  
Tel. +49 7071 29-0  
www.medizin.uni-tuebingen.de

**Aufsichtsrat**  
Dr. Hans J. Reiter (Vorsitzender)  
**Vorstand**  
Prof. Dr. Jens Maschmann (Vorsitzender)  
Dr. Daniela Harsch (Stellv. Vorsitzende)  
Prof. Ulrike Ernemann  
Prof. Dr. Bernd Pichler  
Klaus Tischler

**Banken**  
Baden-Württembergische Bank Stuttgart:  
IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93  
BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600  
Kreissparkasse Tübingen:  
IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44  
BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB