

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

gemäß Gentechnikgesetz

Einwilligungserklärung zur Durchführung der unten genannten humangenetischen Analyse/n

Auszufüllen vom Patient oder der Patientin

Vorname / First Name

Nachname / Last Name

Geburtsdatum / Date of Birth

Versicherungsnr. / Insurance Number

wurde vom zuweisenden Arzt oder von der zuweisenden Ärztin im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt.

(Verdachts)diagnose / (Suspected) Diagnosis

Ich stimme der Durchführung folgender Genanalyse zu und bin mit den (eventuell) entstehenden Kosten einverstanden:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> FAKTOR V LEIDEN MUTATION | <input type="checkbox"/> HÄMOCHROMATOSE |
| <input type="checkbox"/> PROTHROMBINMUTATION G20210A | <input type="checkbox"/> LAKTOSEINTOLERANZ |
| <input type="checkbox"/> SONSTIGE | |

Kosten / Costs

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Auszufüllen vom Arzt oder der Ärztin

Vorname / First Name

Nachname / Last Name

Datum / Date

Unterschrift / Signature