



Einverständniserklärung im Sinne des Gendiagnostikgesetzes

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname des Patienten in Druckbuchstaben)

mich damit einverstanden, dass die auf dem beigefügten Überweisungsschein bzw. Anforderungsschein angeforderten genetischen Untersuchungen aus meiner Probe vorgenommen werden dürfen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum Zweck der labormedizinischen Diagnostik meine Probe inkl. meiner personenbezogenen Daten an das Analysen-Labor weitergeleitet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Untersuchungsergebnisse durch das Labor ausschließlich dem einsendenden Arzt mitgeteilt werden.

(Freiwilliger Zusatz, bitte streichen falls nicht zutreffend):

Darüber hinaus bin ich mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken inkl. der Publikation dieser Ergebnisse in anonymisierter Form einverstanden.

Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters

Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH - Hochstraße 29 - 14770 Brandenburg an der Havel
Sitz Stadt Brandenburg an der Havel, Registergericht Amtsgericht Potsdam, HRB 15884
Telefon (03381) 41 24 00 - Telefax (03381) 41 24 09
Geschäftsführerin: Dr. med. Milena Schaeffer-Kurepkat

Bankverbindung: Brandenburger Bank

BLZ 160 620 73

Konto- Nr.: 589 06 16

IBAN: DE70160620730005890616

BIC: GENODEF1BRB

Bankverbindung: Deutsche Kreditbank

BLZ 120 300 00

Konto- Nr.: 44 30 51

IBAN: DE5312030000000443051

BIC: BYLADEM1001