

Ich,

Nachname (in Blockbuchstaben)

Vorname (in Blockbuchstaben)

geboren am

Tag / Monat / Jahr

bestätige, dass ich durch Frau/Herrn Dr.

Nachname, Vorname Ärztin/Arzt (in Blockbuchstaben)

gemäß §69 GTG über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass an einer entnommenen Probe von mir bzw. meinem minderjährigen Kind

Nachname (in Blockbuchstaben)

Vorname (in Blockbuchstaben)

geboren am

Tag / Monat / Jahr

eine genetische Untersuchung hinsichtlich Verdacht/Abklärung auf

durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift des volljährigen Patienten (Erziehungsberechtigten)

Unterschrift der/des beratenden Ärztin/Arztes

