



Einverständniserklärung zu Durchführung einer medizinisch-genetischen Analyse

Ich _____ geb. am _____

bestätige, dass ich durch Frau/Herr Dr. _____

über das Wesen der geplanten medizinisch-genetischen Analyse aufgeklärt sowie auf die Möglichkeit einer weiteren Erläuterung über Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen durch Herrn Priv.-Doz. Dr. Nikolaus Wick (Tel: +43 512 58509820) hingewiesen worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass an einer von mir entnommenen Blutprobe eine medizinisch-genetische Untersuchung bei Verdacht auf

_____ durchgeführt wird.

Mir ist bekannt, dass ich die Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen und/oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Patientin/en

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des aufklärenden Ärztin/Arztes