

**ZTB | Zentrum für Transfusionsmedizin  
und Zelltherapie Berlin gGmbH**  
Gewebetypisierung(HLA)-Labor  
und Stammzellspendersucheinheit  
Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1 | Forum 4  
13353 Berlin  
Tel. 030 450 553 108  
Fax 030 450 553 918



**Zentrum für Transfusionsmedizin  
und Zelltherapie Berlin**

Ein Gemeinschaftsunternehmen der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin und  
des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost

Stand: 03/2023

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum: .....

**Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Untersuchung ausschließlich über die abzuklärende Erkrankung bei**

mir                       meinem minderjährigen Kind                       der von mir betreuten Person

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäß dem Gendiagnostikgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen genetisch beraten worden bin, und dass mir ausreichend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.

Ich bin über die genetischen Grundlagen, bezogen auf die abzuklärende Erkrankung, sowie die Möglichkeiten und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung ausführlich aufgeklärt worden. Die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses der gewünschten Untersuchung sowie die Verwendung und Aufbewahrung von Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen wurden mir umfassend erläutert.

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner ausdrücklichen und schriftlichen Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Untersuchung freiwillig ist und ich meine Einwilligung zu der genetischen Untersuchung, der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich widerrufen kann.

Die genetische Probe wird unverzüglich nach Analyse bzw. bei Widerruf vernichtet.

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

.....  
Name, Vorname, Unterschrift

.....  
Name, Vorname, Unterschrift

.....  
Verantwortlicher Arzt

.....  
Patient/Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter