

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name	geb. am	
Vorname		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: w ☐ m ☐ d ☐		



BIOSCIENTIA

Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH
 Konrad-Adenauer-Straße 17 | 55218 Ingelheim
 Tel. +49 (0) 6132 781-0 | service@bioscientia.de
 www.bioscientia.de

Barcode

Arztstempel und Unterschrift

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

Ich wurde durch meinen behandelnden Arzt: _____
 über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift
 erkläre ich mein Einverständnis zur Blut-/ Gewebeentnahme und für die Durchführung der folgenden
 genetischen Untersuchungen:

☐ Faktor II/Prothrombin	☐ Factor V-Leiden	☐ Hämochromatose/HFE
☐ APOE	☐ CYP2C19	☐ LCT (Laktose Intoleranz)
☐ HLA-B27	☐ HLA-B51	☐ HLA-DQ2/8 (Zöliakie)
☐ HLA-Typisierung	☐ Andere (Bitte spezifizieren):	

(bitte zutreffende genetische Analyse(n) ankreuzen)

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form
 entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Bereits mitgeteilte Ergebnisse unterliegen der
 10-jährigen Aufbewahrungsfrist und können selbst auf Wunsch der untersuchten Person nicht vor deren Ablauf
 vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle
 weitergegeben werden. Falls erforderlich, kann der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes
 Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne
 persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ich willige der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen der verantwortlichen ärztlichen
 Person, auch an mitbehandelnde Ärzte der Praxis/Einrichtung oder vertretende Ärzte (Vertretungsfall) ein.

Name des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters: _____

Alternativ für den behandelnden Arzt:

Eine Einwilligungserklärung mit Zustimmung zu den obengenannten Unterpunkten liegt mir vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift des/r behandelnden Arztes/Ärztin: _____