Weiterleitung des Widerrufes einer Einwilligung zur genetischen Analyse an beauftragte Einrichtungen und Personen

An: Institut für Genetik von Herzerkrankungen (IfGH)
Universitätsklinikum Münster
Via FAX: 0251-83 52980
Via E-Mail: herzgenetik@ukmuenster.de

Angaben zum Patienten

....
Name: Vorname:

....
geb.: Tel.:

.....
Straße

....
PLZ Ort

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass der o.g. Patient / die o.g. Patientin / der (gesetzliche) Vertreter der o.g. Person

am..... die mir am .....

erteilte Einwilligung zur molekulargenetischen Diagnostik (Analysen) im Hinblick auf

.....

widerrufen hat. Ich bitte Sie umgehend dafür Sorge zu tragen, dass gemäß § 12, Abs. 1, Nr. 2 und § 13, Abs. 1 GenDG **(Zutreffendes ankreuzen)**

- ○ die Analysen/Untersuchungen beendet werden
- ○ das Untersuchungsmaterial und Komponenten vernichtet werden
- ○ keine Ergebnisse und Befunde an Ärzte oder Dritte übermittelt werden
- ○ keine Ergebnisse an den Patienten übermittelt werden
- ○ Befunde über die Analysen vernichtet werden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person