



Univ. Prof. Dr. Berthold Streubel  
Ordinationszentrum Döbling  
Heiligenstädterstrasse 46-48  
A-1190 Vienna  
Austria

PH:+43-69919565186  
Fax:+43-1-2533033 6002  
info@generations.at  
www.generations.at

## ***Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Untersuchung***

Ich bestätige hiermit mein freies Einverständnis für folgende genetische Untersuchung:

Genetische Erkrankung: \_\_\_\_\_

Gen: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich durch einen in Humangenetik/medizinische Genetik ausgebildeten Facharzt/ärztin oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt/ärztin über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Analyse aufgeklärt wurde und aufgrund meines auf diesem Wissen beruhenden freien Einverständnisses der genetischen Analyse zugestimmt habe. Ich weiß, dass ich die Einwilligung zur Durchführung der Analyse jederzeit widerrufen kann.

### **Unterschriften (erforderlich)**

Name der zu untersuchenden Person (in Blockschrift bzw. Klebeetikette)	Geb.datum

Unterschrift der zu untersuchenden Person/Erziehungsberechtigter/Sachwalter	Ort und Datum

Name (in Blockschrift bzw. Stempel) und Unterschrift d. die genetische Analyse veranlassenden Arztes/Ärztin	Ort und Datum