

**Zentrum für Diagnostik GmbH  
am Klinikum Chemnitz**

Medizinisches Versorgungszentrum

Dr. med. Albrecht Kobelt

FA für Humangenetik

09116 Chemnitz, Flemmingstr. 2

Tel.: 0371/333-22152 Fax: 0371/333-22101

Email: [a.kobelt@laborchemnitz.de](mailto:a.kobelt@laborchemnitz.de)

Patientendaten (Etikett / Ausdruck von Chipkarte)

Einsender/Stempel

## **Einverständniserklärung zur Untersuchung und Probenlagerung**

Einwilligung zur genetischen Untersuchung.

In einem Gespräch mit meinem(r) Arzt/Ärztin wurde ich in ausführlicher Weise über die Aussagemöglichkeiten und sich daraus ergebenden Konsequenzen der genetischen Untersuchung unterrichtet. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich wurde über mein jederzeit mögliches Widerrufsrecht informiert.

Ich bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.  
Grund der Untersuchung ist:

---

### Erklärung zur Aufbewahrung

Ich willige ein, dass die erhobenen Befunde sowohl in elektronischer als auch Papierform entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gespeichert werden. Die Ergebnisse der Untersuchung müssen nicht nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. auch noch später meinen Familienangehörigen zur Verfügung stehen. Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereignete ich gemäß §950 BGB dem Labor. Ich willige ein, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/  
Erziehungsberechtigten/Betreuers

Stempel und Unterschrift  
der ärztlichen Person