

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Neurologie, AG Mitochondriale Erkrankungen

Leiterin: Sandra Jackson, PhD

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Telefon: 0351/4582592

Telefax: 0351/4585804

E-Mail: mitolab@neuro.med.tu-dresden.de

Internet: www.mitogen.de



<b>Patient(in)</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name, Vorname _____ geb. _____		
Straße _____		
PLZ _____	Ort _____	

Absender: _____
-----------------

## Widerruf einer Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung vom: \_\_\_\_\_  
zur genetischen Untersuchung in Bezug auf den Untersuchungsgrund (Erkrankung/Diagnose): \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass der Widerruf meiner Einwilligung geschickt wird an: \_\_\_\_\_

Geänderte Entscheidung (Widerruf), wie meine Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen (Bitte entsprechend ankreuzen)	Einverstanden	
	Ja	Nein
<b>Aufbewahrung</b> und Verwendung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aufbewahrung</b> von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Verwendung</b> des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Nutzung</b> der Untersuchungsergebnisse für Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aufbewahrung</b> der Untersuchungsergebnisse und von personenbezogenen Daten über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Weiterleitung</b> des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Praktisch relevante Zufallsbefunde</b> , die sich im Rahmen der Analyse ergeben, sollen mir mitgeteilt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und /oder Ergebnis habe ich darüber hinaus entschieden:</b> (Bitte entsprechend ankreuzen)	<b>Ja</b>	Ergänzung zum Widerruf
Das Probenmaterial soll vernichtet werden, auch wenn damit der Untersuchungsauftrag nicht ausgeführt werden kann.	<input type="radio"/>	
Das Probenmaterial soll vernichtet werden nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen vernichtet werden.	<input type="radio"/>	
Alle erzielten Untersuchungsergebnisse sollen gesperrt werden.	<input type="radio"/>	
<b>Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden:</b> (Bitte entsprechend ankreuzen)		
über die Verwendung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	
über die Verwendung des Ergebnisses nach Abschluss der Untersuchung.	<input type="radio"/>	

### Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

<b>Patient bzw. gesetzlicher Vertreter</b>	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift
<b>Arzt</b>	_____	_____
	Ort, Datum	Name Unterschrift