

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@uniklinikum-dresden.de Internet: www.mitogen.de



| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Patient(in) | <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 |
| Aufbewahrung 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"/> |
| Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verwendung des überschüssigen Probenmaterials zur Erforschung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nutzung der Untersuchungsergebnisse für Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und von personenbezogenen Daten über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Praktisch relevante Zufallsbefunde , die sich im Rahmen der Analyse ergeben, sollen mir mitgeteilt werden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Im Falle des Wunsches der Vernichtung von Probe und /oder Ergebnis habe ich darüber hinaus entschieden: (Bitte entsprechend ankreuzen) | Ja | 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"/> | |
| Ich möchte zu einem späteren Zeitpunkt entscheiden: (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.

| | | |
|--|------------|----------------------|
| Patient bzw. gesetzlicher Vertreter | _____ | _____ |
| | Ort, Datum | Unterschrift |
| Arzt | _____ | _____ |
| | Ort, Datum | Name Unterschrift |