Absender:

An
Gemeinschaftspraxis für Humangenetik
Dres. med. Bier, Kreuz, Krüger, Reif
Gutenbergstraße 5
01307 Dresden

Fax 0351 / 44 66 34 15

Weiterleitung des Widerrufes der Einwilligung zur genetischen Untersuchung/Analyse

Patientendaten (ggf. Aufkleber): Patientennummer:

……
Name, Vorname

……
Geb. am

……
Straße, Nr.

…… ……
PLZ Ort

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 am .....

mir erteilte Einwilligung zur genetischen Untersuchung / Analyse im Hinblick auf

.....

widerrufen hat. Ich bitte Sie dafür Sorge zu tragen, dass gemäß § 12, Abs. 1, Nr. 2 und § 13, Abs. 1 GenDG sämtliches Untersuchungsmaterial, welches Ihnen von mir zur Diagnostik zugesandt wurde, alle daraus gewonnenen Komponenten sowie alle daraus erstellten Ergebnisse und Befunde sofort vernichtet werden.

…… ……
Ort, Datum Stempel und Unterschrift des gemäß GenDG verantwortlichen einsendenden Arztes