

## Entbindung von der Schweigepflicht über die Ergebnisse genetischer Untersuchungen und genetischer Beratungen im Hinblick auf eine erbliche Veranlagung für Brust- und Eierstockkrebs

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort, PLZ: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die unten genannten Personen das Ergebnis der an meiner Blutprobe/Gewebeprobe durchgeführten genetischen Untersuchung auf Veränderungen in den Brustkrebsgenen sowie die den beteiligten Ärzten mitgeteilten Informationen zu Krebserkrankungen in meiner Familie im Rahmen einer genetischen Beratung erfahren dürfen. Dies geschieht ausschließlich, um das Krebserkrankungsrisiko meiner Verwandten einzuschätzen und nur dann, wenn ohne diese Informationen der Befund für meine Verwandten nicht sinnvoll interpretiert werden kann. Daher **entbinde** ich die Mitarbeiter des Gynäkologischen Krebszentrums und Regionalen Brustzentrums Dresden am Universitäts KrebsCentrum von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Verwandten/Personen (Bitte nur ein Kästchen ankreuzen):

- gegenüber allen Verwandten 1. bis 3. Grades  
(Verwandte 1. Grades sind Eltern, Kinder, Geschwister und Halbgeschwister; Verwandte 2. Grades sind Großeltern, Enkelkinder, Nichten, Neffen, Tanten und Onkel; Verwandte 3. Grades sind Cousins und Cousins)
- nur gegenüber den folgenden Personen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname und Geburtsdatum des/der Ratsuchenden/Patienten/Patientin:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher Vertreter