

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

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.



## Genetische Diagnostik

Institut für Klinische Genetik  
Fetscherstraße 74, Haus 137, Laborbereich  
01307 Dresden, Germany

## Genetische Ambulanz

Tel.: +49 (0)351 458 2891, FAX: +49 (0)351 458 4316  
Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

## Einwilligung

### Arzt/Ärztin und Einrichtung (Stempel o. Druckschrift)

Name, Vorname  
Name der Einrichtung  
Adresse  
Telefon

### Beratungsgrund (Erkrankung / Diagnose / klinische und anamnestische Daten)

### 1. Der Beratungsbrief zur genetischen Beratung sowie relevante klinische und genetische Befunde dürfen an folgende Ärzte versendet werden an:

Überweisende/r Arzt/Ärztin (Name, Vorname, Einrichtung, Ort) \_\_\_\_\_

Weitere Ärzte (Name, Vorname, Einrichtung, Ort) \_\_\_\_\_

an Herrn Dr. med. Joseph Pormann, Leiter der Genetischen Ambulanz, sowie vertretungsweise an die Ärzte und Ärztinnen der Genetischen Ambulanz.

### 2. Schweigepflichtentbindung für die Einsicht in meine Unterlagen

Ich willige ein, dass die im Folgenden aufgeführten, in der Regel von mir vorinformierten Personen, das Ergebnis der genetischen Untersuchung sowie meine Stammbaumdaten erfahren dürfen.

- gegenüber allen Verwandten 1. bis 3. Grades
- nur gegenüber folgenden Personen:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum

### 3. Elektronische Datenverarbeitung und Speicherung meiner Daten

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und klinischen Daten am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet und zentral (elektronisch) im Krankenhausinformationssystem und in weiteren fachspezifischen Datenbanken gespeichert werden und dass alle an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Ärztinnen und sowie nicht-ärztliches Personal auf diese Daten zugreifen und diese Daten einsehen dürfen.

### 4. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.

Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Alternativ Bestätigung durch aufklärenden Arzt / aufklärende Ärztin: Die Einwilligung des Patienten / der Patientin bzw. gesetzlichen Vertreters liegt mir vor.

Sollten die Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin vorausgesetzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufklärender Arzt /  
Aufklärende Ärztin