

**WEITERLEITUNG DES WIDERRUFES DER EINWILLIGUNG ZUR GENETISCHEN
UNTERSUCHUNG/ANALYSE AN BEAUFTRAGTE EINRICHTUNGEN UND PERSONEN**

| | |
|--|---|
| <p>Bitte senden an:</p> <p>Gemeinschaftspraxis Dr. med. Ebner, Dr. med. Markus Bahnhofstr. 13 93047 Regensburg</p> <p>Tel.: 0941/53710 FAX: 0941/53708 Email: info@genetik-regensburg.de http://www.genetik-regensburg.de</p> | <p>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</p> <p>..... Name: Vorname:</p> <p>..... geb.: Tel.:</p> <p>..... Straße</p> <p>..... PLZ Ort</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; float: right; text-align: center; margin-top: 5px;">W 01</div> |
|--|---|

Sehr geehrte Frau Kollegin,

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 Unterschrift

Stempel

der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person