



Weiterleitung des Widerrufs der Einwilligung zur genetischen Untersuchung/Analyse an beauftragte Einrichtungen und Personen

Nr.:

Bitte senden an:	Patientendaten (ggf. Aufkleber):
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>LADR Medizinisches Versorgungszentrum Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde Berghäuser Str. 295 45659 Recklinghausen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; display: flex; align-items: center;">  <p>email: info@ihre-humangenetikerin.de Internet: http://www.ihre-humangenetikerin.de</p> </div>	<p>Name: Vorname:</p> <p>geb.: Tel.:</p> <p>Straße</p> <p>PLZ Ort</p>

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

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 der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person
------------	---