

MVZ UKMD gGmbH

Prof. Dr. med. Martin Zenker, OÄ Dr. med. Ina Schanze
Fachbereich Humangenetik, Haus 1
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Telefon: 0391/67-15062
Fax: 0391/67-15066
<http://www.med.uni-magdeburg.de/ihg>

Verantwortliche(r) Ärztin/Arzt:

Name:

Adresse:

Telefon:

An:

Patient(in):

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Betr.: Weiterleitung des Widerrufs einer Einwilligung zur genetischen Analyse an beauftragte Einrichtungen und Personen

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 mir am

erteilte Einwilligung zur genetischen 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 unverzüglich vernichtet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person