

**DR. MED. ULRICH ECKER**

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

**DR. MED. ANDREAS WAßMANN**

Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie,  
Virologie und Infektionsepidemiologie

**Einwilligungserklärung**

**für molekulargenetische Untersuchungen gemäß  
Gendiagnostikgesetz**

**Genetische Untersuchung** (bitte eintragen):

---

Diese Einwilligungserklärung gilt:

für mich

für mein Kind

für die von mir gesetzlich vertretene Person

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

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

**Ich wurde aufgeklärt und bin mit der angeforderten Untersuchung sowie der dafür  
notwendigen Probenentnahme einverstanden.**

Patient/In / Sorgeberechtigter : \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift : \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

Datum / Unterschrift des verantwortlichen Arztes:

---