

Linz, am

Einverständniserklärung zur Befundeinsicht für die Beratung Familienangehöriger

Im Rahmen meiner genetischen Untersuchung / Behandlung wurde mir entsprechend § 70 Gentechnik-gesetz (GTG) empfohlen, meinen möglicherweise betroffenen Verwandten zu einer humangenetischen Untersuchung und Beratung zu raten.

Ich _____, geb. _____

bin damit einverstanden, dass in genetische Befund(e) und ärztliche Bericht(e) von

- ☐ **mir**
- ☐ **meinem Kind:** _____, geb. _____
- ☐ **meinem/r zu Vertretenden:** _____, geb. _____
- ☐ **von folgender Untersuchung:** _____
(z.B. Krankheit / Art der Abklärung / Art der Untersuchung)

zum Zweck der genetischen Beratung Einsicht genommen werden kann, um behandlungsrelevante Therapiemöglichkeiten daraus abzuleiten und die daraus abgeleiteten Möglichkeiten mit unten angeführten Angehörigen zu besprechen, sofern sich diese zu einer genetischen Beratung oder genetischen Untersuchung vorstellen:

(Name des Angehörigen und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)

(Name des Angehörigen und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)

(Name des Angehörigen und Geburtsdatum in Blockbuchstaben)

Sie können Ihre erteilte Einwilligung **jederzeit** persönlich ohne Angabe von Gründen in der Kepler Universitätsklinikum GmbH (KUK) durch schriftliche oder mündliche Erklärung **widerrufen**. Zu diesem Zweck muss lediglich diese Erklärung gegenüber dem Arzt widerrufen werden; ein mündlicher Widerruf ist ausreichend. Für weitere Informationen oder den Widerruf der Einwilligung wenden Sie sich bitte an die Kepler Universitätsklinikum GmbH, Krankenhausstrasse 9, 4021 Linz oder per Mail an humangenetik.mc4@kepleruniklinikum.at oder per Mail an datenschutz@ooeg.at. Weitere Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu meinen Betroffenenrechten, erhalte ich in der Datenschutzerklärung unter <https://www.kepleruniklinikum.at/datenschutz/>.

Datum

**Unterschrift der/des Patientin/Patienten,
Erziehungsberechtigten oder Vertreters/Vertreterin**