**Einverständniserklärung zur humangenetischen Beratung und Diagnostik bei minderjährigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Patient:innen**

**Patient:in:**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Vor- und Zuname, Geburtsdatum) |

**Sorgeberechtigtes Elternteil bzw. gesetzlicher Betreuer:**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Vor- und Zuname, Geburtsdatum) |

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei der o.g. minderjährigen bzw. nicht einwilligungsfähigen Patient:in eine genetische Beratung und ggf. eine genetische Diagnostik in meiner Abwesenheit durchgeführt werden darf.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ort, Datum | Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils/Betreuers |

Bitte fügen Sie zwingend noch eine Kopie des Personalausweises bei.