

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.