

Arztstempel	Patientendaten (ggf. Aufkleber)	
	Name	Vorname
	geboren am	

## Einwilligung zur genetischen Beratung

Die Informationen zur Aufklärung / genetischen Beratung vor / nach genetischen Untersuchungen habe ich gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten.

- Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Beratung.  
 Ich verzichte auf die mir angebotene genetische Beratung.

Wenn sich während der genetischen Beratung Hinweise auf ein mir nicht bewusstes Risiko ergeben, werde ich von der Beraterin / dem Berater darauf angesprochen. Ich kann dann aber selbst bestimmen, ob und in wie weit ich informiert werden möchte.

Besprochene Fragen:

Ich bin damit einverstanden, dass humangenetische Gutachten / Befunde von ggf. aus dieser Beratung resultierenden Untersuchungen an folgende Ärzte / Ärztinnen geschickt werden:

- ja  
 nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(n) Vertreter(in)  
10/03/26\_V02