

# Weiterleitung des Widerrufs der Einwilligung zur beauftragten genetischen Untersuchung/Analyse

an:  
**Praenatal-Medizin und Genetik  
Labor  
Graf-Adolf-Str. 35  
40210 Düsseldorf**

Tel.: 0211-38457-0 / Fax: 0211-38457-615  
Email: [institut@praenatal.de](mailto:institut@praenatal.de)  
Internet: [www.praenatal.de](http://www.praenatal.de)

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</b>	
Name	Vorname
geboren am	Telefon
Straße	
Postleitzahl	Ort

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Hiermit möchte ich Sie davon in Kenntnis setzen, dass der o.g. Patient / die o.g. Patientin / der (gesetzliche) Vertreter der o.g. Person

am ..... die am .....

mir erteilte Einwilligung zur genetischen Untersuchung / Analyse im Hinblick auf

.....  
.....

widerrufen hat. Ich bitte Sie Sorge zu tragen, dass gemäß § 12, Abs. 1, Nr. 2 und § 13, Abs. 1 GenDG sämtliches Untersuchungsmaterial, welches Ihnen von mir zur Diagnostik zugesandt wurde, alle daraus gewonnenen Komponenten sowie alle daraus erstellten Ergebnisse und Befunde sofort vernichtet werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift & Stempel der verantwortlichen ärztlichen Person  
gemäß GenDG

10/01/15\_V01