

Einverständniserklärung zur Abstammungsbegutachtung (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!)

SYNLAB MVZ Humangenetik Mannheim, Harrlachweg 1, 68163 Mannheim

Name, Vorname	Geb.-Datum

Ich habe das Merkblatt der Abstammungsbegutachtung (Grundlagen und Vertragsbedingungen – Aufklärung gemäß GenDG) gelesen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Untersuchung und der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe einverstanden bin.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vaterschaftsbegutachtung | <input type="checkbox"/> Fingerprint | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsdiagnostik | <input type="checkbox"/> Zwillingsdiagnostik | <input type="checkbox"/> Geschwisterdiagnostik |

----- **Untersuchung bitte ankreuzen!**

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung, das Untersuchungsverfahren, die erzielbaren Ergebnisse, die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Untersuchungsergebnisse, sowie auf mein jederzeitiges Recht auf Widerruf der Einwilligung und mein Recht auf Nichtwissen ausreichend aufgeklärt.

Ich erkläre weiterhin, dass

- ich **vom Ergebnis der Untersuchung in Kenntnis** gesetzt werden will.
- ich vom Ergebnis der Untersuchung keine Kenntnis erlangen will.
- ich damit einverstanden bin, dass **alle weiteren beteiligten Personen** eine Ausfertigung des Gutachtens erhalten. Ich bin in diesem Zusammenhang darüber informiert worden, dass alle Beteiligten einen gesetzlichen Auskunftsanspruch gegenüber dem Auftraggeber des Gutachtens haben (§ 1598a Abs. 4 BGB).
- ich mit der **Adressweitergabe** an **alle beteiligten Personen** einverstanden bin.
- ich damit einverstanden bin, dass die erhobenen **Ergebnisse entsprechend der gesetzlichen Vorgaben** gespeichert werden.
- nach **Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial** hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, übereignet wird.
- keine weitere Person, als die o.g. Personen, über das Sorgerecht des Kindes verfügen.
- die Gutachtenzustellung per Post an o.g. Adresse erfolgen soll.
- ich das Gutachten selbst abhole. Tel: _____

----- **Zutreffendes bitte ankreuzen!**

Ich bin außerdem mit der Weitergabe der Ergebnisse einverstanden an (z. B. Ärzte, Behörden)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

---- **Nachricht an bitte einfügen!**

Ort, Datum

Unterschrift gemäß GenDG beteiligten Person bzw. (gesetzlichen) Vertreters