PatientIn:
Herr/Frau _____
(Nachname, Vorname)

geb. am _____
(Geburtsdatum)

wohnhaft _____
(Anschrift)

MVZ AM KLINIKUM OLDENBURG
Universitätsmedizin Oldenburg

Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Oldenburg GmbH

Medizinische Genetik

in Kooperation mit

Universitätsinstitut für Medizinische Genetik

Univ.-Prof. Dr. med. Marc-Phillip Hitz, PhD

Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Genetische Ambulanz

Telefon:
0441 - 403 2407
Fax:
0441 - 403 2967
E-Mail:
medizinsche-genetik@
klinikum-oldenburg.de

Internet:
http://www.klinikum-oldenburg.de

Datum:
14.09.2022

Einwilligung zur Anforderung, Lagerung und Bearbeitung von Biomaterial

Ich (Wir),

Frau/ Herr _____ _____
(Nachname, Vorname) (Nachname, Vorname)

geb. am _____ _____
(Geburtsdatum) (Geburtsdatum)

wohnhaft _____ _____
(Anschrift) (Anschrift)

willige(n) hiermit ein, dass folgendes Biomaterial von mir / o.g. Patienten/in vom Universitätsinstitut für Medizinische Genetik angefordert, gelagert und für nachfolgende Analysen vorbereitend bearbeitet werden darf:

- ☐ Blut
- ☐ Gewebe (Normalgewebe oder Tumormaterial)
- ☐ Sonstiges:

Diese Einwilligung bezieht sich auf:

- ☐ alles von mir / o.g. Patienten/in verfügbare Biomaterial
- ☐ Biomaterial, dass bei folgenden/m Arzt/Ärzten vorliegt:

1. Name: _____

Anschrift: _____

2. Name: _____

Anschrift: _____

3. Name: _____

Anschrift: _____

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

_____

Ort, Datum Unterschrift PatientIn bzw. bereichtigte Person(en)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann schriftlich / per E-Mail / Fax an die nebenstehende Adresse gerichtet werden.

Geschäftsführer:
Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:
IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22