






**Weiterleitung des Widerrufs  
der Einwilligung zur genetischen Untersuchung/Analyse  
an beauftragte Einrichtungen und Personen**

Nr.:

Bitte senden an:	Patientendaten (ggf. Aufkleber):
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> <p>LADR Medizinisches Versorgungszentrum <b>Priv.-Doz. Dr. med. Bianca Mitterski</b> Berghäuser Str. 295  45659 Recklinghausen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;">     </div> <div style="font-size: small;"> <p>email: <a href="mailto:info@ihre-humangenetikerin.de">info@ihre-humangenetikerin.de</a> Internet: <a href="http://www.ihre-humangenetikerin.de">http://www.ihre-humangenetikerin.de</a></p> </div> </div>	<p>Name: ..... Vorname: .....</p> <p>geb.: ..... Tel.: .....</p> <p>Straße .....</p> <p>PLZ ..... Ort .....</p>

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 dafür 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	Stempel und Unterschrift <b>der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person</b>
------------	---------------------------------------------------------------------------------------