

**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 Priv.-Doz. Dr. med. Bianca Mitterski Berghäuser Str. 295 45659 Recklinghausen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;">     </div> <div style="font-size: small;"> <p>email: info@ihre-humangenetikerin.de Internet: http://www.ihre-humangenetikerin.de</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.

<p>Ort, Datum</p>	<p>Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person</p>
-------------------	---