



Universitätsspital Basel
Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 36 20, Fax +41 61 265 36 21
www.unispital-basel.ch/medizinische Genetik

Einwilligungserklärung zur DNA-Asservierung

Vorname / Name:	Geburtsdatum:
Laborauftrag: DNA-Extraktion und -Asservierung	Patientenetikette

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Extraktion und Aufbewahrung der DNA bei mir, resp. bei meinem Kind oder Mündel, einverstanden bin. Für allfällige zukünftige genetische Untersuchungen werde ich ein getrenntes Einverständnis erteilen.

Ich weiss, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Zustimmung gesamthaft oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient / Gesetzliche(r) VertreterIn

.....
Unterschrift und Stempel Aerztin / Arzt