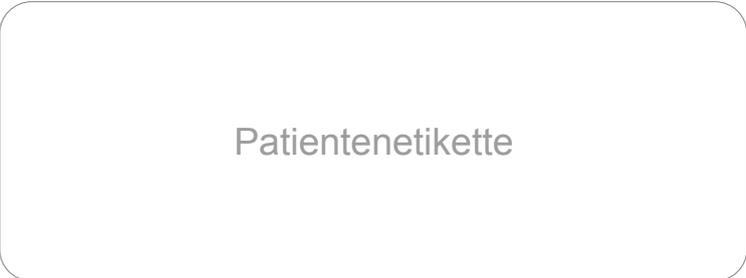


Universitätsspital Basel  
Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel  
Telefon +41 61 265 36 20, Fax +41 61 265 36 21  
www.unispital-basel.ch/medizinische Genetik

## Einwilligungserklärung zur DNA-Asservierung

<b>Vorname / Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Laborauftrag:</b> <b>DNA-Extraktion und -Asservierung</b>	 <p>Patientenetikette</p>

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