

Name, Vorname des Versicherten
geb. am



Angeforderte Untersuchungen siehe Auftrag vom:	
mit Auftragsnummer	<input type="text"/>
Name des veranlassenden Arztes in Druckbuchstaben:	<input type="text"/>

Auftragsnummer des Labors

Vorgesehene Untersuchung:

Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktor D aus mütterlichem Blut

Einverständnis der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung –

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung und der dafür erforderlichen Blutentnahme bei mir. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchungen wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Die Ergebnisse meiner Untersuchungen dürfen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. - nicht Zutreffendes bitte streichen-

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw.
gesetzlicher Vertreter

Stempel/Unterschrift **der/des** gemäß
GenDG veranlassenden Ärztin/Arztes