

**Gesundheit Nord gGmbH**  
**Klinikum Bremen-Mitte**  
**Zentrum für Pathologie**  
St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen  
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896  
E-Mail: [pathologie@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:pathologie@klinikum-bremen-mitte.de)

**MVZ Fachärzteezentrum Hanse GmbH**  
**Fachbereich: Pathologie**  
St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen  
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896  
E-Mail: [pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de](mailto:pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de)

### Einwilligung zur Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen (DPYD-Polymorphismen)

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse.....

Hiermit willige ich in die Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen zur Frage eines Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPYD) Polymorphismus ein. Über diese Untersuchung bin ich von Frau/Herrn Dr. ....aufgeklärt worden. Alle meine dazu gestellten Fragen sind verständlich und umfassend beantwortet worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt

Dokumentenstatus: <b>Freigegeben</b>	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 09.01.2025
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis: 09.01.2025
Geprüft von: Plumbaum, Heidi	Dateiname: 15b Einwilligung DPYD
Freigegeben von: Milde-Kellers, Antje	Seite 1 von 1