

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Patientendaten

Name:Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bestätige, dass ich genetisch beraten worden bin, dass ich ausreichend Zeit für Fragen und die notwendige Bedenkzeit hatte. Mein Arzt hat mich informiert, dass dieses Gespräch dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analyse.

Klinische Angaben:

Genetische Analyse:

pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Probenmaterial:

Ich wünsche die Untersuchung

- auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache ja nein
(und trage die Kosten von CHF selbst).

Ich gebe mein Einverständnis zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials

- für Nachuntersuchungen ja nein
- für anonymisierte Qualitätskontrollen im Labor ja nein
- für anonymisierte wissenschaftliche Zwecke ja nein

Ich möchte informiert werden

- über die Ergebnisse der Abklärung bezüglich meiner Fragestellung ja nein
- über Zufallsbefunde mit klinischer Bedeutung ohne Bezug zur Fragestellung
wenn Vorsorge- oder Behandlungsmassnahmen bekannt sind ja nein
wenn bisher keine Therapie bekannt ist ja nein
- über Zufallsbefunde einer gesunden Trägerschaft für eine rezessive Erkrankung
welche bei Nachkommen oder Verwandten auftreten könnten ja nein

Ort und Datum:

Unterschrift Patient / Gesetzlicher Vertreter:

Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt: