

# Einverständnis-Erklärung

## 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

### Ich wünsche die Untersuchung

- |   |         |      |
|---|---------|------|
| • auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache und trage die Kosten von CHF | ja      | nein |
|   | 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  | ja | nein |
| • wenn Vorsorge- oder Behandlungsmassnahmen bekannt sind 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, Datum:

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes