

Einverständniserklärung genetische Untersuchung

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

selbst.

Ja

Nein

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

Ja

Nein

wenn bisher keine Therapie bekannt ist

Ja

Nein

über Zufallsbefunde einer gesunden Trägerschaft für eine rezessive Erkrankung
welche bei Nachkommern oder Verwandten auftreten könnten

Ja

Nein

Ort und Datum:

Unterschrift Patient/in oder
gesetzlich vertretende Person:

Unterschrift und Stempel
Ärztin/Arzt: