

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.

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 Nachkommen oder Verwandten auftreten könnten	Ja	Nein

Ort und Datum:

Unterschrift Patient/in oder
gesetzlich vertretende Person:

Unterschrift und Stempel
Ärztin/Arzt: