

**Informierte Zustimmung zur genetischen Diagnostik
Nicht invasiver Pränataltest (NIPT)**

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethode aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden beantwortet und ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Ferner bestätige ich, ausführlich über mein Recht auf Nichtwissen beraten bzw. informiert worden zu sein.

Ich erkläre mich einverstanden, den nicht invasiven Pränataltest durchführen zu lassen, und stimme der Bearbeitung meiner Daten zu.

Zufallsbefunde (Überschussinformationen): Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte «Zufallsbefunde»), wünsche ich, wie folgt über die Ergebnisse informiert zu werden:

Falls Sie die folgenden Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.

Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind ja nein

Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt ja nein

Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten ja nein

Anderer Entscheid: _____

Personenbezogene Daten:

Ich erkläre mich einverstanden und genehmige, dass auf diesem Auftragsformular angegebene persönliche Daten (Name, Geburtsdatum und über Schwangerschaft relevante Informationen) zusammen mit meiner Blutprobe an Genesupport (Partnerlabor von Medica) für die Durchführung des VeriSeq gesandt werden.

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:

Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen bei Genesupport (Partnerlabor von Medica) aufbewahrt werden.

Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.

Falls Sie «nein» ankreuzen, wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können. ja nein

Ort und Datum: _____ Unterschrift der Patientin (zwingend): _____

Ich habe oben genannte Patientin gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) eingehend über den Pränataltest aufgeklärt und ihr Einverständnis für die verlangten Untersuchungen eingeholt.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Arztes (zwingend): _____