



Einverständniserklärung für Genetische Untersuchungen

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, die folgenden Analysen durchführen zu lassen und stimme der Bearbeitung meiner Daten zu.

Genetische Analyse: _____

pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Probenmaterial: EDTA-Blut anderes Material: _____

Ich wünsche die Untersuchung auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache Ja Nein und trage die Kosten von CHF _____ selbst.

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 eine Vorsorge und/oder Behandlung bekannt ist Ja Nein
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlungen gibt Ja Nein
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten. Ja Nein

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 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 Patient/ in (zwingend):
_____	_____

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (GUMG) eingehend über die genannte(n) Genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Ort und Datum:	Unterschrift Arzt / Ärztin (zwingend):
_____	_____