

Institut für Labormedizin

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bestätige hiermit, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde. Es wurde mir ausreichend Zeit für Fragen und die nötige Bedenkzeit gegeben. Mein Arzt hat mich informiert, dass dieses Gespräch dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht und ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung der folgenden Analyse(n):

_____ pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende **Erkrankung**: _____

Aus folgender **Probe**: EDTA-Blut anderes Material: _____

Mitteilung von Zufallsbefunden: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte „Zufallsbefunde“), wünsche ich, über folgende Ergebnisse informiert zu werden:

- Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind JA NEIN
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorge/Behandlung gibt JA NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten JA NEIN
- Anderer Entscheid: _____

*Falls Sie diese Fragen **NICHT** beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie **NICHT** über Zufallsbefunde informiert werden möchten.*

Umgang mit Probenmaterial und Untersuchungsergebnissen (Rohdaten):

- Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird. JA NEIN
- Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. JA NEIN
(Ansonsten wird das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet)
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können. JA NEIN
- Prinzipiell bin ich damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren. JA NEIN

Unterschrift Patient/in bzw. Vormund: _____ **Ort und Datum:** _____

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt: _____ **Ort und Datum:** _____

(Name in Druckschrift oder Stempel)

Bitte beachten Sie: unbedingt erforderlich sind alle hier geforderten Angaben, also auch Unterschriften von Arzt und Patient. Bitte die Probe und das Auftragsformular inkl. Einverständniserklärung sowie ggf. die Kostengutsprache an folgende Adresse senden:
Kantonsspital Aarau AG, Institut für Labormedizin, Tellstrasse 25, 5001 Aarau