



**Einverständniserklärung für genetische Untersuchung(en) nach GUMG:**

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. Meine Ärztin / mein Arzt hat mich informiert, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung der hier angeforderten genetischen Analyse(n) für folgende Erkrankung:

.....  **prädiktiv/präsymptomatisch**  **diagnostisch/betroffen**

**Mitteilung von Zufallsbefunden** (Ergebnisse, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen)

Ich möchte wie folgt informiert werden:

*(falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten)*

- |                                                                                                                       | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Veranlagung für Erkrankungen, für die eine Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen und/oder Behandlung gibt                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bin damit einverstanden, dass meine **Probe und meine Untersuchungsergebnisse** (Rohdaten):

- |                                                                                                                                     |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Ansonsten wird das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.</i>                                                |                          |                          |
| • In anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Wir würden Sie dann ggf. für die genaueren Angaben kontaktieren             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Patient/in bzw. Beistand

.....  
 Unterschrift Arzt/Ärztin