



Institut für Labormedizin, Abt. Medizinische Genetik

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Name, Vorname

Geburtsdatum Geschlecht M F

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 meine Einwilligung für die Durchführung der hier angeforderten genetischen Analyse(n) für folgende **Erkrankung:** pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Mitteilung von Zufallsbefunden:

Sollte die Analyse 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 Vorsorgemassnahmen und/oder Behandlung JA NEIN bekannt sind
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit keine Vorsorgemassnahmen JA NEIN und/oder Behandlung gibt
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten JA NEIN

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

Umgang mit Probenmaterial und Untersuchungsergebnisse (Rohdaten)

Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird JA NEIN

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

- für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. *Ansonsten wird das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.* JA NEIN
- in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können JA NEIN
- für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren. JA NEIN

x _____ X _____ X _____
 Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. Vormund Unterschrift Arzt (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 untenstehende Adresse schicken.