

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

### Patientenangaben

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Ich bestätige, dass ich genetisch beraten worden bin, dass ich ausreichend Zeit für Fragen und die notwendige Bedenkzeit hatte. Mein Arzt hat mich informiert, dass dieses Gespräch dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analyse.

### Klinische Angaben \_\_\_\_\_

### Genetische Analyse \_\_\_\_\_

pränatal   
  postnatal   
  prädiktiv/präsymptomatisch

### Probenmaterial \_\_\_\_\_

#### Ich wünsche die Untersuchung ...

... auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache (und trage die Kosten von CHF \_\_\_\_\_ selbst).  ja     nein

#### Ich gebe mein Einverständnis zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials und der Rohdaten ...

... für Nachuntersuchungen  ja     nein  
 ... für anonymisierte Qualitätskontrollen im Labor  ja     nein  
 ... für anonymisierte wissenschaftliche Zwecke  ja     nein

#### Ich möchte informiert werden ...

... über Zufallsbefunde mit klinischer Bedeutung ohne Bezug zur Fragestellung wenn ...  
 a) ... Vorsorge- oder Behandlungsmassnahmen bekannt sind  ja     nein  
 b) ... bisher keine Therapie bekannt ist  ja     nein  
 ... über Zufallsbefunde einer gesunden Trägerschaft für eine rezessive Erkrankung welche bei Nachkommen oder Verwandten auftreten können  ja     nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_