EINWILLIGUNG

© 2018 by

labor team w ag Blumeneggstrasse 55 9403 Goldach

t 071 844 45 45 f 071 844 45 46 info@team-w.ch



Arztcode Telefon Telefax

SG	MG										
Name											
Vorname											
Geburts- Datum										M F	
c/o Eltern											
Strasse, Nr.											
PLZ, Ort											
Pat. Tel.											
Patient:innen -Nr. Praxis											
Entnahme- datum				Entnahmezeit			:		Uhr		

0016 ⊠ Einverständniserklärung	für genetische Untersuchung	jen	
Name:	Vorname:	_ Geburtsdatum:	
Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer gen wurde. Nähere Angaben dazu sind im Inform Medizinische Genetik aufgeführt. Ich habe di Ich gebe mein Einverständnis für die Durch	nationsblatt "Information für den Patiente iese verstanden und hatte die notwendi	en" auf der Webseite der Schweizerischen C	
		🗆 pränatal 🗆 postnatal 🗆 prädikt	iv/präsymptomatisch
Für folgende Erkrankung:			
Aus folgender Probe (z.B. Blut, Fruchtwas	sser, Gewebe):		
Ich wünsche die Untersuchung:			
auch im Falle einer Nichtpflichtleistung o (Ich trage die Kosten von CHF notfalls se	02211 □ JA □ NEIN		
nur im Falle einer Pflichtleistung oder be			02212 □ JA □ NEIN
02213 Analysenbeginn: 1 - sofort	☐ 2 - mit Zustellung Kostengutspr (Material wird asserviert, Kosten: 54.90 CHF)		dung
Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) E	Ergebnisse liefern, die nicht im Zusan	nmenhang mit dem Untersuchungsauftra	g stehen (sogenannte
"Zufallsbefunde"), wünsche ich, wie folgt			04434 □ IA □ NICIN
 Veranlagung für Erkrankungen, für die V Veranlagung für Erkrankungen, für die e 			01131 □ JA □ NEIN 01132 □ JA □ NEIN
	er in der Verwandtschaft auftreten könnten	01133	
Aufbewahrung und Verwendung des über ergänzende Untersuchungen:	rschüssigen Untersuchungsmaterials	s und der Untersuchungsergebnisse (Rol	ndaten) für
 Ich bin damit einverstanden, dass das ül 	berschüssige Untersuchungsmaterial ur	nd die Rohdaten für	
allfällige Nachuntersuchungen aufbewah			01135 □ JA □ NEIN
Falls Sie NEIN ankreuzen, wird Ihre Probe nach der A Ich bin damit einverstanden, dass meine	•	niceo in ananymiciartor	
Form zur Qualitätssicherung eingesetzt	01136 □ JA □ NEIN		
Ihre Probe und die erhobenen Daten könr Wenn Sie grundsätzlich mit der Teilnahme a gegebenenfalls für die genaueren Angaben l einer konkreten wissenschaftlichen Studie.	n einer wissenschaftlichen Studie einve	rstanden sind, können Sie dies hier kundtur	
 Prinzipiell bin ich damit einverstanden, d werden können. 	ass mein Untersuchungsmaterial und d	ie erhobenen Daten für wissenschaftliche Z	wecke verwendet 01137 □ JA □ NEIN
Unterschrift: (Patient/gesetzlicher Vertreter)	Ort und Datur	n:	
Aufklärender Arzt Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt			netische(n) Analyse(n)
Stempel und Unterschrift:	Ort und Datu	m:	