

Arztcode

Telefon

Telefax

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 Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt wurde. Nähere Angaben dazu sind im Informationsblatt „Information für den Patienten“ auf der Webseite der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Genetik aufgeführt. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

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

_____ ☐ pränatal ☐ postnatal ☐ prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende Erkrankung: _____

Aus folgender Probe (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe): _____

Ich wünsche die Untersuchung:

- ☒ auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache
(Ich trage die Kosten von CHF _____ notfalls selbst.)

02211 ☐ JA ☐ NEIN

- ☒ nur im Falle einer Pflichtleistung oder bei erteilter Kostengutsprache

02212 ☐ JA ☐ NEIN

02213 Analysenbeginn: ☐ 1 - sofort ☐ 2 - mit Zustellung Kostengutsprache ☐ 3 - nach erneuter Anmeldung
(Material wird asserviert, Kosten: 54.90 CHF)

Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte „Zufallsbefunde“), wünsche ich, wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

- ☒ Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind 01131 ☐ JA ☐ NEIN

- ☒ Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt 01132 ☐ JA ☐ NEIN

- ☒ Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten 01133 ☐ JA ☐ NEIN

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

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:

- ☒ Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden.

01135 ☐ JA ☐ NEIN

Falls Sie NEIN ankreuzen, wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet

- ☒ Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.

01136 ☐ JA ☐ NEIN

Ihre Probe und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden:

Wenn Sie grundsätzlich mit der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie einverstanden sind, können Sie dies hier kundtun. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren. Dieses grundsätzliche Interesse beinhaltet noch kein Einverständnis für die Teilnahme an einer konkreten wissenschaftlichen Studie.

- ☒ Prinzipiell bin ich damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können.

01137 ☐ JA ☐ NEIN

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Patient/gesetzlicher Vertreter)

Aufklärender Arzt

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäss dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Stempel und Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____