



## Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde und dass mir genügend Zeit für Fragen und eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt worden ist.

### 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): \_\_\_\_\_

**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.  JA  NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten.  JA  NEIN

### 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 (z.B. Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, weitere Analysen, die für mich und/oder für meine Familie wichtig sein könnten) aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.  JA  NEIN
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.  JA  NEIN

### Qualitätssicherung mittels interdisziplinärer Fallbesprechung und mögliche Weiterleitung von Patienten- & Falldaten an akkreditiertes Partnerlaboratorium für weitere Untersuchungen:

- Ich stimme zu, dass meine Informationen zur Qualitätssicherung in einem interdisziplinären Board besprochen werden dürfen. Alle Fälle werden in anonymisierter Form besprochen.  JA  NEIN
- Ich stimme zu, dass meine Patienten – und Falldaten an ein externes Partnerlaboratorium weitergeleitet werden, sofern dies für die Untersuchung notwendig ist und die entsprechenden Untersuchungen nicht durch Hirslanden Precise erbracht werden können.  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 (Daten werden anonymisiert) 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.

- Ich bin prinzipiell damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können.  JA  NEIN



Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Durchführung der vorgeschlagenen medizinisch-genetischen Laboruntersuchung(en) wünsche:

- nur im Falle einer Pflichtleistung bzw. bei erteilter Kostengutsprache  JA  NEIN
- auch bei fehlender Kostengutsprache (ich trage die Kosten notfalls selbst)  JA  NEIN

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort und Datum: \_\_\_\_\_  
(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

### Aufklärender Arzt

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_