

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Personendaten

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

Verwendung der Ergebnisse zur Beratung/Untersuchung von Familienmitgliedern und/oder Partner:

- Ich stimme zu, dass die Ergebnisse der genetischen Untersuchung zur Beratung und/oder Untersuchung meiner Familienmitglieder verwendet werden dürfen JA NEIN
- Ich stimme zu, dass die Ergebnisse der genetischen Untersuchung zur Beratung und/oder Untersuchung meiner Partnerin/meines Partners verwendet werden dürfen JA NEIN

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

- Ich stimme zu, dass meine Informationen zur Qualitätssicherung in einem interdisziplinären Board (z.B. Tumorboard) besprochen werden dürfen. 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
- Ich stimme zu, dass mein humangenetischer Befund und Gutachten an mit- und weiterbehandelnde Ärzte weitergeleitet werden dürfen, sofern dies für meine weitere Therapie und Vorsorge relevant ist. 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:

- Kostenschätzung (CHF): 0-500 500-1'000 1'000-3'000 3'000-4'000 >4'000
(Basierend auf der eidgenössischen Analysenliste)
- nur im Falle einer Pflichtleistung bzw. bei erteilter Kostengutsprache JA NEIN
(Franchise- und Selbstbehaltsregelungen bleiben trotzdem bestehen)
- auch bei fehlender Kostengutsprache (ich trage die Kosten notfalls selbst) JA NEIN

Unterschrift: _____
(Eltern/rechtliche(r) Vertreter(in) wo nötig)

Ort und Datum: _____

Dieser Abschnitt ist durch den aufklärenden Arzt / die aufklärende Ärztin auszufüllen.

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: