

Patient Name/Vorname:

Geb.-Datum:

Geschlecht:

Strasse:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

### Einwilligung zu genetischen Untersuchungen

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“ aufgeführt. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

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

**2. Für folgende Erkrankung(en):**

**3. Folgende Personen sollen Befundkopien erhalten:**

**4. Ich wünsche die Untersuchung auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache**  
(ich trage die Kosten von CHF \_\_\_\_\_ notfalls selbst)

Ja  Nein

**5. Ich möchte informiert werden über die Resultate der genetischen Abklärung bezüglich obiger Fragestellung**

Ja  Nein

**6. Diese Frage überspringen, falls eine einzelne Mutation direkt getestet wird:**

**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

Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit **keine** Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt

Ja  Nein

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

Ja  Nein

**Ich möchte nicht über Zufallsbefunde informiert werden**

**7. Ich gebe mein Einverständnis...**

zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials für Qualitätskontrollen bzw. allfällige Nachuntersuchungen (in meinem Interesse und nur auf meinen Wunsch)

Ja  Nein

zur wissenschaftlichen Verwendung des Untersuchungsmaterials in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form. (Dies beinhaltet Untersuchungen zur Klärungen nur der obigen Fragestellung inklusive einer allfälligen späteren Veröffentlichung anonymisierter Daten in wissenschaftlichen Fachzeitschriften.)

Ja  Nein

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
*Patient / ggf. gesetzlicher Vertreter*

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**Auftraggeber:**

Ich bestätige, dass ich den Patienten gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) genetisch beraten habe.

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
*Name und Stempel (zuweisender Arzt)*

Ort, Datum \_\_\_\_\_