

Personalien

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Erkrankung / Grund der Untersuchung

Der Grund für die Untersuchung (Indikation) wird auf dem beiliegenden Auftragsformular beschrieben

(falls nicht zutreffend, bitte streichen und Grund der Untersuchung notieren).

Überschussinformationen

Die Entstehung von Ergebnissen, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte Überschussinformationen), wird so weit als möglich vermieden. Sollte die Analyse dennoch Überschussinformationen liefern, wünsche ich wie folgt darüber informiert zu werden:

- Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorgemassnahmen / Behandlungen bekannt sind ☐ ja ☐ nein
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es aktuell keine Vorsorgemassnahmen / Behandlungen gibt ☐ ja ☐ nein
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei Nachkommen oder Verwandten auftreten könnten ☐ ja ☐ nein

Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT bezüglich Überschussinformationen informiert werden möchten.

Probenmaterial und Ergebnisse

Für allfällige Nachuntersuchungen/-kontrollen werden die Untersuchungsergebnisse, die damit verbundenen Rohdaten sowie überschüssiges Probenmaterial für unsere Patienten aufbewahrt. Zukünftige Untersuchungen werden nur mit erneutem Einverständnis des Patienten durchgeführt.

Ich möchte, dass mein überschüssiges Probenmaterial nach Abschluss der Analytik vernichtet wird. Ich nehme zur Kenntnis, dass Nachuntersuchungen dadurch nicht mehr möglich sind (erneute Probennahme, Untersuchungsauftrag, Analyse und Bezahlung notwendig).

☐ ja ☐ nein

Qualitätssicherung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden dürfen

☐ ja ☐ nein

Ich bin im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt worden. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit, habe die Ausführungen verstanden und gebe mein Einverständnis für die Durchführung der Analyse(n).

Ort, Datum	Unterschrift Patientin / Patient / Eltern / rechtliche Vertretung

Ich bestätige, die oben genannte Person 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.

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel Ärztin / Arzt