

Einwilligung zu genetischen Untersuchungen

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung bezüglich der geplanten genetischen Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Ich habe die Informationen verstanden und hatte genügend Zeit für Fragen und um meine Entscheidung zu treffen. Ich wurde informiert, dass dieses Gespräch dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht.

Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung folgender Analyse(n):

.....

- pränatal
 postnatal
 prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende Erkrankung:

Ich bestätige, dass ich mit der/dem zuständigen Ärztin/Arzt besprochen habe, wer über die Befunde informiert werden soll.

Ich bin einverstanden, dass der Befund in meiner Patientenakte bei der Insel Gruppe einsehbar wird Ja Nein

Ich wünsche die Untersuchung auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache (ich trage die Kosten von CHF..... notfalls selbst) Ja Nein

Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht in 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

Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials: Überschüssiges Untersuchungsmaterial wird für die Qualitätssicherung und für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt. Dadurch können Nachuntersuchungen durchgeführt werden, ohne dass Ihnen dafür erneut Probenmaterial (z.B. Blut) entnommen werden muss. Nachuntersuchungen werden jedoch nur durchgeführt, wenn Sie diesen mit einer erneuten Einwilligung zustimmen. Falls Sie mit der Aufbewahrung Ihres Untersuchungsmaterials nicht einverstanden sind, können Sie uns dies bei den Bemerkungen mitteilen.

Ihr Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich bin einverstanden, dass die im Rahmen der vorliegenden Fragestellung erhobenen Ergebnisse und / oder klinischen Angaben pseudonymisiert in wissenschaftlichen Publikationen / Datenbanken (z.B. case reports, Varianten-Datenbanken, Patienten-Register) verwendet werden können. Ja Nein

Ich bin einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die Daten über die aktuelle Fragestellung hinaus pseudonymisiert für weiterführende wissenschaftliche Zwecke und Datenanalysen (z.B. nationale Forschungsdatenbanken) verwendet werden können. Ja Nein

Bemerkungen:

Unterschrift:
 (Patient oder Eltern/gesetzlicher Vormund, falls erforderlich)

Datum:

Aufklärende:r Mediziner:in

Ich bestätige, dass ich die oben genannte Person gemäss dem Gesetz für Genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) aufgeklärt und allfällige Fragen beantwortet habe.

Name, Vorname:

Stempel:

Unterschrift (zwingend):

Datum:

ACHTUNG: Diese Einverständniserklärung gilt nicht als Untersuchungsauftrag und muss immer zusammen mit einem Auftragsformular (siehe Homepage CGL) oder einem elektronischen Untersuchungsauftrag dem Labor zugestellt werden.