EINWILLIGUNG

© 2018 by SGMG
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik

Blumeneggstrasse 55
9403 Goldach
Postfach
9001 St. Gallen

Tel. 071 844 45 45
Fax 071 844 45 46
e-mail info@team-w.ch

labor team w ag

Arztcode

Telefon

Telefax

Name																				
Vorname																				
Geburts-Datum			.		.														M ☐ F ☐	
c/o Eltern																				
Strasse, Nr.																				
PLZ, Ort																				
Pat. Tel.																				
Patienten-Nr. Praxis																				
Entnahme-datum			.		.				Entnahmezeit					:			Uhr			

0016 ☒ Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

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“ auf der Webseite der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Genetik aufgeführt. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

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): _____

Zufallsbefunde: 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 **01131** ☐ JA ☐ NEIN
- Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt **01132** ☐ JA ☐ NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten **01133** ☐ JA ☐ NEIN

01134 Anderer Entscheid: _____

Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.

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 aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. **01135** ☐ JA ☐ NEIN
  Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet!
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können **01136** ☐ 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 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.

- Prinzipiell bin ich damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. **01137** ☐ JA ☐ NEIN

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. der/des Erziehungsberechtigten)

Aufklärender Arzt
Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäß dem geltenden Gendiagnostikgesetz (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: _____