*persönlich. individuell. zuverlässig*

invenimus
BEGEISTERT FÜR ANALYTIK

# Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Für präsymptomatische genetische Untersuchungen, Untersuchungen zur Familienplanung sowie genetische Untersuchungen im Ausland, für die gemäss GUMG eine schriftliche Zustimmung erforderlich ist.

## Patientendaten und Untersuchung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Veranlassende Fachperson / Praxis: _____ _____

Bezeichnung der genetischen Untersuchung:

_____

## Aufklärung und informierte Zustimmung

Ich bestätige, dass ich vor der Untersuchung über Zweck, Umfang, Aussagekraft, Grenzen sowie mögliche Auswirkungen der Ergebnisse und den Umgang mit meinen Proben und genetischen Daten aufgeklärt und, soweit gesetzlich vorgeschrieben, genetisch beraten wurde.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und angemessene Bedenkzeit. Ich wurde über mein Recht auf Nichtwissen und über gegebenenfalls mögliche Überschussinformationen informiert.

☐ **Ich stimme der Durchführung der oben bezeichneten genetischen Untersuchung zu.**

### Aufbewahrung und weitere Verwendung von Untersuchungsmaterial und Rohdaten

Die folgenden Angaben sind freiwillig und unabhängig von der Zustimmung zur genetischen Untersuchung. Gesetzlich zulässige Aufbewahrungen zur Durchführung und Qualitätssicherung bleiben unberührt.

#### 1. Aufbewahrung für spätere Untersuchungen

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial und genetische Rohdaten für allfällige spätere Untersuchungen aufbewahrt werden. Für jede neue genetische Untersuchung ist meine erneute Zustimmung erforderlich.

*Falls Sie NEIN ankreuzen, wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet.* ☐ **JA** ☐ **NEIN**

#### 2. Verwendung für medizinische Forschung

Ich bin damit einverstanden, dass mein überschüssiges Untersuchungsmaterial für medizinische Forschungszwecke anonymisiert und anschliessend verwendet werden darf. Nach der Anonymisierung ist eine Zuordnung zu meiner Person nicht mehr möglich.

☐ **JA** ☐ **NEIN**

#### 3. Verwendung zur Qualitätssicherung

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

☐ **JA** ☐ **NEIN**

### Unterschrift

Ort und Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient: _____

Bei Vertretung: Name und Funktion der gesetzlich berechtigten Vertretung: _____

Rechtsgrundlagen: Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG).