

INFORMIERTE ZUSTIMMUNG ZU GENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

„Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) aufgeklärt worden bin und mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist“.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die angekreuzte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:

DNA-Untersuchung bezüglich

- ☐ Thalassämie/Hämoglobinopathie
- ☐ Vererbte Thromboseneigung
- ☐ krankheitsassoziierte HLA Typen
- ☐ Hereditäre Alpha-Tryptasämie (HAT)
- ☐ Andere: _____

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

- ☐ Mein Untersuchungsgut kann für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden.
- ☐ Mein Untersuchungsgut soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können: ☐ Ja ☐ Nein

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____

(Eltern/rechtlicher Vertreter falls notwendig)

Zuweisende ärztliche Person:

Ich bestätige, der/die o.g. PatientIn gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchung beim Menschen (GUMG) die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und ihre Zustimmung erhalten zu haben.

Name: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift (zwingend): _____

Stempel: