

**Informierte Zustimmung zu genetischen Untersuchungen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

**Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die angezeigte(n) genetische(n) Untersuchung(en) bezüglich folgender Krankheiten durchzuführen:**

- Thrombophilie (Faktor-V-Leiden und / oder Prothrombin-Mutation)
- Morbus Bechterew (HLA-B\*27)
- Hämochromatose (HFE-Mutationen C282Y, H63D, S65C)
- \_\_\_\_\_

**Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:**

- Soweit möglich soll mein Untersuchungsgut für allfällige Nach-Untersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahrt werden.
- Mein Untersuchungsmaterial darf für medizinische Forschung eingesetzt werden.
  - mit Namensnennung
  - ohne Namensnennung (anonymisiert). Dann ist kein Rückschluss auf meine Person mehr möglich. Ich kann nicht über ein damit erzieltetes Untersuchungsergebnis informiert werden.
- Mein Untersuchungsmaterial soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.
- anderes: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort und Datum: \_\_\_\_\_

(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

**Zuweisender Arzt:**

„Ich habe oben genannter Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt, die Grenzen der Methode besprochen und ihre Fragen beantwortet“.

Name (vollständiger): \_\_\_\_\_

Unterschrift (zwingend): \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Stempel:

