

Pathologie

Molekularpathologie

Prof. Dr. med. Joachim Diebold

Telefon 041 - 205 34 71

Fax 041 - 205 34 96

6000 Luzern 16

pathologie@luks.ch

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG Genetische Analysen an Tumorgewebe (z.B. BRCA1/2)	Patient: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Name:
	Vorname:
	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):
	Strasse:
	PLZ/Ort:
	Krankenkasse/Vers. Nr.:
	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Patient

Klinische/pathologische Diagnose:	
Frühere Untersuchungen Pathologie Luzern: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	histologisch Probenummer/n: zytologisch Probenummer/n:
Material: Gewebe: <input type="checkbox"/> _____ (bitte angeben, welches) EDTA-Blut: <input type="checkbox"/> Anderes: _____ (bitte genauer spezifizieren!)	
Datum: _____ Auftraggeber (Stempel mit Adresse): _____ Telefonnummer: _____	Kopieempfänger (bitte vollständige Adressen): _____ _____ _____

Bitte Einverständniserklärung auf der Rückseite ausfüllen!!

(bitte für internen Gebrauch freilassen)	
Eingang	
Angenommen von	um
Probennummerierung von	
Bemerkungen	

Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen an Tumorgewebe

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer informativen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt wurde. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

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: JA
 NEIN

Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt : JA
 NEIN

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.

Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet! JA
 NEIN

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

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

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: