

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)
- _____

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.

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____

(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

Zuweisender Arzt:

Ich bestätige, dass der/die o.g. Patient/in gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchung beim Menschen (GUMG) über die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise aufgeklärt wurde und von ihm/ihr die Zustimmung erhalten zu haben.

Stempel:

Name (vollständig): _____

Unterschrift (zwingend): _____

Ort und Datum: _____