

Ref.

Informierte Zustimmung zu genetischen Untersuchungen
Dokument für die Patientenakte des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Patient/Patientin

Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Name:
Adresse
(Stempel):

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) durchzuführen zu lassen:

DNS-Untersuchung bezüglich (Name der Krankheit):

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

- Soweit möglich, mein Untersuchungsgut für allfällige Nach-Untersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren.
- Mein Untersuchungsmaterial darf ohne Namensnennung (anonymisiert) für medizinische Forschung eingesetzt werden. Damit ist kein Rückschluss auf meine Person mehr möglich. Ich kann nicht über ein damit erzieltetes zusätzliches Untersuchungsergebnis informiert werden.
- Anderes:

Ort und Datum, Unterschrift Patient/Patientin

Ort und Datum, Unterschrift zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin

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

Genetische Untersuchungen – Gesetzliche Grundlagen

Seit dem 1. April 2007 regelt das Bundesgesetz (GUMG; SR 810.12) über genetische Untersuchungen beim Menschen und die Verordnung über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMV; SR 810.122.1) die Voraussetzungen für die Durchführung entsprechender Tests. Nebst den Anforderungen an die durchführenden Labors sind die Informationspflicht, die Gewährleistung einer ausreichenden genetischen Beratung und das ausdrückliche Einverständnis des Patienten Voraussetzung. Diese Einverständniserklärung ermöglicht es, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Für weitere Informationen steht Ihnen Prof. Dr.med. A.R. Miserez gerne zur Verfügung.

Schweiz

diagene gmbh, Routinelaboratorien
Kägenstrasse 17; CH-4153 Reinach (BL)
Tel.: +41 61 7118 580, +41 79 7086 617 (24hrs); Fax: +41 61 7118 581
E-mail: info@diagene.com, http://www.diagene.com, http://www.diagene.ch
Bankverbindung: Basellandschaftliche Kantonalbank, CH-4153 Reinach (BL)
Account no. 16 2.062.395.92, Clearing 769, IBAN: CH61 0076 9016 2062 3959 2
SWIFT: BLKBCH22, PC Account no. 40-44-0
Krankenkassen-Konkordanznummer: K 8200.13
EAN: 7601002125628 **CSCQ:** 5428 **EuroGentest** EUGT76594

Deutschland

diagene gmbh, Routinelaboratorien
Innocel Innovation Center, Marie Curie-Strasse 8, D-79539 Lörrach
Tel: +49 1515 4691 906
E-mail: info@diagene.com, http://www.diagene.de
Bankverbindung: Deutsche Bank, D-79539 Lörrach, Deutschland