www.synlab.ch

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN UNTERSUCHUNG

Patient/-in	Stempel KH / Praxis
…… Name, Vorname	
…… Geburtsdatum	…… Name Ärztin/Arzt Unterschrift
……	……

In Frage stehende Erkrankung:_____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschliesslich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuell anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann. Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.

Ich bin mit oben beschriebener Untersuchung: ☐ einverstanden. ☐ nicht einverstanden.

……

Ich bin damit: ☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin / meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

Ort, Datum: _____

_____ _____

Stempel, Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Unterschrift des/der Patienten/-in

ggf. Erziehungsberechtigte(r) / die zur Vertretung berechtigte Person