

## Informierte Zustimmung zu genetischen Untersuchungen

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 aktuelle Wohnadresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>Interne Patienten- oder Entnahmenummer*:</b>
*für interne Abklärungen zwingend vom Auftraggeber anzugeben

<b>Sämtliche Angaben müssen vollständig und leserlich ausgefüllt werden.</b>
--

<b>Auftragsetikett</b>
*für interne Abklärungen zwingend vom <b>FEQ-Labor</b> anzugeben

«Ich bestätige hiermit, dass ich beraten wurde, und dass mir genügend Zeit für Fragen und Bedenken eingeräumt worden ist.»

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

DNA-Untersuchung bezüglich (Name der Krankheit):

\_\_\_\_\_

Aus folgendem Untersuchungsmaterial: \_\_\_\_\_

**Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:**

- Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nach-Untersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren. Mein Untersuchungsmaterial darf - nach Anonymisierung - für medizinische Forschung eingesetzt werden.
- Soweit wie möglich mein Untersuchungsgut für allfällige Nach-Untersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen in meinem Interesse und auf meinen alleinigen Antrag aufbewahren.
- Nach Abschluss der molekulargenetischen Abklärungen (für oben genannten Grund) muss das Untersuchungsmaterial vernichtet werden.
- anderes \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Unterschrift \_\_\_\_\_ Ort und Datum \_\_\_\_\_  
 (Eltern/rechtlicher Vertreter)

**Zuweisender Arzt:**

«Ich habe der obengenannten Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt,  
die Grenze der Methode besprochen und ihre Fragen beantwortet»

Name \_\_\_\_\_

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

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

Stempel