



Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

April 2026

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich eine genetische Beratung erhalten habe, in der ich über die verschiedenen Aspekte der genetischen Analysen informiert wurde, die im Formular „Informierte Zustimmung“ beschrieben sind. Ich habe diese Informationen verstanden und hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.

Ich stimme der folgenden genetischen Untersuchung (den folgenden genetischen Untersuchungen) zu:

_____ pränatal postnatal präsymptomatisch/prädiktiv

Für folgende Indikation: _____

- Die Untersuchung soll auch durchgeführt werden, wenn sie nicht auf der Liste der erstattungsfähigen Untersuchungen steht oder keine Erstattungsgarantie durch meine Krankenkasse vorliegt (ich werde die Kosten gegebenenfalls übernehmen). JA NEIN

Übermittlung zusätzlicher, in der genetischen Untersuchung nicht vorgesehener Ergebnisse (sogenannte «Zufallsbefunde» oder «Überschussinformationen»)

Es werden keine systematischen Analysen für Informationen durchgeführt, die keinen Bezug zur Indikation haben. Die Erzeugung von überschüssigen Informationen bei genetischen Analysen wird so weit wie möglich vermieden (GUMG Art. 9).

Sollten dennoch genetische Informationen gewonnen werden, die keinen direkten Bezug zur Erkrankung haben, aber für meine Gesundheit oder die meiner Angehörigen nützlich sein könnten,

- Möchte ich informiert werden JA NEIN

Wenn Sie nicht antworten, gehen wir davon aus, dass Sie keine weiteren, nicht vorgesehenen Ergebnisse erhalten möchten.

Wenn Sie nur bestimmte Arten von Ergebnissen erfahren möchten, geben Sie diese bitte hier an: _____

Aufbewahrung und Verwendung der verbleibenden Proben und genetischen Analysedaten.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben und Analysedaten für eventuelle spätere Analysen aufbewahrt werden, die nur in meinem Interesse und mit meiner Zustimmung durchgeführt werden. JA NEIN

Wenn Sie mit „Nein“ antworten, werden Ihre Proben und Daten innerhalb der durch Bundes- und Kantonsgesetze vorgesehenen Fristen vernichtet.

- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meiner Proben und Daten zum Zwecke der Verbesserung der Qualität genetischer Analysen einverstanden. JA NEIN

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____
(Erziehungsberechtigte:r/gesetzliche:r Vertreter:in, falls zutreffend)

Arzt:

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäß dem geltenden Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (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: