



Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

Patientenangaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Klinische Angaben

Genetische Analyse

Probenmaterial

Ich wünsche die Untersuchung ...

... auch im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache ja nein
(und trage die Kosten von CHF _____ selbst).



Ich bestätige, dass ich genetisch beraten worden bin, dass ich ausreichend Zeit für Fragen und die notwendige Bedenkzeit hatte. Mein Arzt hat mich informiert, dass dieses Gespräch dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analyse.

Ort, Datum

Unterschrift **PatientIn / Gesetzlicher VertreterIn**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel **Ärztin / Arzt**