

Name / Vorname: _____ Geb. Datum: _____

"Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) genetisch beraten worden bin und mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist."

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

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

- Mein Untersuchungsgut kann für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden
- Mein Untersuchungsgut soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden

Unterschrift: _____

Ort / Datum: _____

(Eltern / rechtlicher Vertreter falls notwendig)

Zuweisender Arzt

Ich bestätige, der/die o.g. Patientin gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchung beim Menschen (GUMG) die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und ihre Zustimmung erhalten zu haben.

Name / Vorname: _____

Praxisstempel:

Unterschrift: _____

Ort / Datum: _____