



## Einwilligung zur genetischen Beratung gemäss Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Das Informationsblatt zur genetischen Beratung vor/nach genetischen Untersuchungen gemäß GenDG habe ich gelesen, verstanden und eine Kopie davon erhalten. Ich wünsche die Durchführung einer genetischen Beratung gemäß GenDG.

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde von ggf. aus dieser Beratung resultierenden Untersuchungen sowie das genetische Gutachten geschickt werden an:

meinen Hausarzt

meinen betreuenden Frauenarzt: \_\_\_\_\_

weitere Ärzte: \_\_\_\_\_

ja, auch an mich selbst

nein, ich möchte selbst keinen Befund erhalten

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich weiß, dass ich das Recht habe, das/die Untersuchungsergebnis(se) nicht zu erfahren (**Recht auf Nichtwissen**). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung meines Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

### Bestätigung über erfolgte Aufklärung/genetische Beratung

Über die in Frage stehende Erkrankung/Auffälligkeit

Diagnose.....  
deren genetische Grundlage(n), die Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung sowie Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft einer möglichen genetischen Diagnostik einschließlich der mit der Probenentnahme verbundenen Risiken bin ich bereits hinreichend aufgeklärt/beraten worden.

ja  nein

Es besteht Indikation zur genetischen Diagnostik hinsichtlich .....

ja  nein

### Verzichtserklärung (insbesondere bei prädiktiven und pränatalen Untersuchungen)

Ich lehne die mir angebotene genetische Untersuchung nach Aushändigung einer schriftlichen Information über die Beratungsinhalte ab.

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Druckschrift) Beratender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Druckschrift) Patient / Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift