



# LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.

## Einverständniserklärung genetische Untersuchung

### Patientenangaben

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

### Klinische Angaben

HLA B27	HLA B51	Prädisposition für Zöliakie
Laktoseintoleranz Genotyp	LCT	Prothrombin G20210 A
Faktor V Leiden	andere _____	

### Probenmaterial

EDTA	Serum	andere _____
------	-------	--------------

### Selbstzahlerleistung

Eine Untersuchung ist im Falle einer Nichtpflichtleistung oder bei fehlender Kostengutsprache gewünscht.

Der Patient trägt die Kosten von CHF \_\_\_\_\_ selbst.  Ja  Nein

### Zufallsbefunde

Ich wünsche eine Information über allfällige Zufallsbefunde, die nicht direkt mit dem Untersuchungszweck in Verbindung stehen.  Ja  Nein

Ich bestätige, dass ich über die genetische Untersuchung umfassend informiert und beraten wurde. Im Gespräch mit dem behandelnden Arzt wurde mir ausreichend Zeit für Fragen sowie die notwendige Bedenkzeit eingeräumt. Der Arzt hat mich darüber informiert, dass dieses Gespräch den Vorgaben des Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) entspricht. Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analyse.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn/Gestlicher VertreterIn

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn/Gestlicher VertreterIn

© Juni 2025 / V1

