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 Arzt/Ärztin** _____

Ort, Datum _____ **Unterschrift PatientIn/Gesetzlicher VertreterIn** _____

© Dez 2025

Labor Rothen
Kornhausgasse 2, 4002 Basel

Tel. 061 269 81 81
Fax 061 269 81 82

info@labor-rothen.ch
www.labor-rothen.ch

Unterzeichner des FAMH Labor-Kodex

SMTS 0078