

INFORMIERTE ZUSTIMMUNG ZU GENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN AN PATHOLOGISCH VERÄNDERTEM BIOLOGISCHEN MATERIAL

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterial und möglichen Zufallsbefunden:

Zur Abklärung des bei Ihnen gestellten ärztlichen Verdachts auf eine neoplastische Erkrankung, wurde Ihnen Blut, Knochenmark oder anderes Gewebe entnommen. Für die genauere Analyse wird am Univeritätsspital Basel aus diesem Material in Abhängigkeit der Fragestellung DNA isoliert und auf erworbene genetische Veränderungen untersucht oder für eine spätere Analyse aufbewahrt. Eine nachträgliche Analyse erfolgt nur auf ärztliche Anordnung. Um die Ergebnisse, falls notwendig, nachprüfen zu können wird überschüssiges Material aufbewahrt. Die Dauer der Aufbewahrung hängt von der verfügbaren Lagerungskapazität ab. Dieses Material könnte auch, in anonymisierter Form, für Qualitätssicherung und Entwicklungsarbeiten eine wichtige Hilfe sein und könnte hierzu verwendet werden.

Krankheitsverursachende Veränderungen in der DNA-Sequenz der Gene werden u.a. durch Hochdurchsatz-Sequenzierung bestimmt. Bei gleichzeitiger Analyse vieler Gene nimmt das Risiko zu, Varianten zu finden, für die der Zusammenhang mit der Erkrankung unklar ist und / oder Veränderungen in Genen zu identifizieren, die nicht direkt mit der Erkrankung zusammenhängen, jedoch eine Veranlagung für eine andere Erkrankung darstellen können (sogenannte Zufallsbefunde).

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Mein Untersuchungsgut kann für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden.

Mein Untersuchungsgut soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können: Ja Nein

Mein Entscheid zur Auskunft von Zufallsbefunden: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Sollte in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag sogenannte Zufallsbefunde entdeckt werden, wünsche ich wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind Ja Nein

Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit keine Vorsorge/Behandlung gibt Ja Nein

Bei fehlender Antwort gehen wir von einer Zustimmung zur Durchführung und Informationsweitergabe aus.

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

Unterschrift: _____ Ort und Datum: _____

(Eltern/rechtlicher Vertreter falls notwendig)

Zuweisende ärztliche Person:

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: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift (zwingend): _____

Stempel: