

## Einverständniserklärung

### Informierte Zustimmung zu genetischen Untersuchungen

---

**Patientin/Patient**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich gemäss den im Patientenblatt festgehaltenen Richtlinien genetisch beraten worden bin und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, folgende Untersuchungen durchführen zu lassen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Eltern/rechtlicher Vertreter falls notwendig)

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

---

**Zuweisende Ärztin/  
Zuweisender Arzt**

Ich habe der oben genannten Person die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt, die im Patientenblatt erwähnten Grenzen der Methode erklärt und ihre Fragen beantwortet.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

Stempel: \_\_\_\_\_