INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS
Interregionale Blutspende SRK AG | Labordiagnostik
Postfach | 3001 Bern | Murtenstrasse 133 | 3008 Bern
Nationales Referenzlabor Blutspende SRK Schweiz für Immunhämatologie und Infektionsmarker
Laboradministration T +41 31 384 23 00 | labordiagnostik@itransfusion.ch | itransfusion.ch

Einverständniserkärung für nicht-invasive foetale Blutgruppen-Bestimmung aus mütterlichem Plasma

Name der Patientin _____ Vorname der Patientin _____ Geburtsdatum

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

Insbesondere bestätige ich, dass ich über meine Rechte betreffend Zustimmung und Information beraten bzw. informiert worden bin. Ferner bestätige ich, ausführlich über mein Recht auf Nichtwissen beraten bzw. informiert worden zu sein.

Ich erkläre mich einverstanden, die nicht-invasive foetale Blutgruppenbestimmung aus mütterlichem Blut durchführen zu lassen und stimme der Bearbeitung meiner Daten zu.

Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsguts
Die Analyseresultate werden aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung gemäss den angewandten Vorschriften für 30 Jahre aufbewahrt.
Um die Ergebnisse, falls notwendig, nachprüfen zu können, wird überschüssiges Probenmaterial aufbewahrt. Die Dauer der Aufbewahrung hängt von der verfügbaren Lagerkapazität ab. Dieses Material könnte auch, in anonymisierter Form, für Qualitätssicherung oder Entwicklungsarbeiten eine wichtige Hilfe sein und hierfür verwendet werden. Falls Sie mit der Aufbewahrung Ihres Untersuchungsmaterials und/oder der Verwendung für Qualitätssicherung oder Entwicklungsarbeiten nicht einverstanden sind, können Sie uns dies bei den Bemerkungen mitteilen.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift Patientin:** _____

Aufklärende medizinische Fachperson:
Ich bestätige, die oben genannte Person gemäss dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte genetische Analyse inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Name: _____ Vorname: _____ Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

Ort, Datum: _____ Stempel: _____

Der Auftrag zu dieser Einverständniserkärung wurde eingeschickt von (Ort, Datum, Stempel, Signatur):

ACHTUNG: Diese Einverständniserklärung gilt nicht als Untersuchungsauftrag und muss immer zusammen mit einem Auftragsformular dem Labor zugestellt werden.