

# ANMELDUNG FÜR HEREDITÄRE ONKOGENOMISCHE ANALYSEN



Centre hospitalier  
universitaire vaudois



Service d'hématologie  
Laboratoire d'oncogénomique

Réception des laboratoires BH18-100  
1011 Lausanne

Tel. : 021 314 33 93

e-mail : [log@chuv.ch](mailto:log@chuv.ch)

<http://www.chuv.ch/log>

Laboröffnungszeiten:

Montag-Freitag 08.00 – 17.00

## PATIENT

Name :

Vorname :

Adresse :

Geburtsdatum :

Geschlecht : ☐ Männlich ☐ Weiblich

Ref. :

Entnahmedatum :

## Rechnung

☐ Patient

☐ Auftraggeber

## Zusprechung der Krankenkasse

☐ Ja

☐ Nein

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR BIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

### Nach jeder in unserem Labor durchgeführten biologischen Analyse, jeder Probe oder jedem Analyseprodukt:

☐ kann im Labor aufbewahrt werden, um falls nötig eine  
vom Arzt neu angeforderte Analyse hinzufügen  
(standardmässig)

☐ kann für Entwicklungs- und Forschungszwecken  
verwendet werden (standardmässig)

☐ muss vernichtet werden

Jede konstitutionelle genetische Untersuchung muss von einer genetischen  
Beratung begleitet werden (Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim  
Menschen – GUMG). Der anfordernde Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, den  
Betroffenen gemäss den geltenden gesetzlichen Pflichten zur konstitutionelle  
Genetik aufgeklärt und seine Zustimmung zu genetischen Analysen und allen  
anderen biologischen Analysen erhalten zu haben.

Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich :

### MATERIAL (bei Zimmertemperatur aufbewahren)

☐ Peripheres Blut (Li Heparin oder EDTA)

☐ Hautbiopsie

☐ Anderes :

### Analyse auf einer schon im Labor vorhandenen Probe erwünscht:

Entnahmedatum :

## EINSENDER

Arzt :

Tel./BIP :

Spital :

Abteilung :

- ☐ Screening  
☐ Familienanalyse

Suche nach einer bekannten Mutation:

Stammbaum :

DIAGNOSE im Kontext des  
Analysenantrags

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUM AUSFÜLLEN UND  
UNTERSCHREIBEN :

→ Siehe nächste Seite

## Hochdurchsatz-Sequenzierung (NGS) :

☐ **IBFM (Inherited Bone Marrow Failure) Panel :**

Die vollständige Liste der verfügbaren Gene finden Sie hier

<https://www.chuv.ch/fr/log/accueil/domaines-danalyses/maladies-hereditaires/insuffisance-medullaire-hereditaire-ou-inherited-bone-marrow-failure-ibmf>

☐ **RB1 Panel (inbegriffen MLPA und SNP array)**

Dieses Anmeldungsformular kann von der Website des « Département des Laboratoires » ausgedruckt werden : [www.chuv.ch/log](http://www.chuv.ch/log)

LOG.21.01.00.FO.04 V5.1



## Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen

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

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

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt wurde. Nähere Angaben dazu sind im Informationsblatt „Information für den Patienten“ aufgeführt. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

### Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

\_\_\_\_\_ ☐ pränatal ☐ postnatal ☐ prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende **Erkrankung**: \_\_\_\_\_

Aus folgender **Probe** (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe): \_\_\_\_\_

**Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte „Zufallsbefunde“), 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 Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt ☐ JA ☐ NEIN
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der
- Verwandtschaft auftreten könnten ☐ JA ☐ NEIN
- Anderer Entscheid: \_\_\_\_\_

*Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.*

### Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen

- Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig.  
*Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet!* ☐ JA ☐ NEIN
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können ☐ JA ☐ NEIN

### Ihre Probe und die erhobenen Daten können auch für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Wenn Sie grundsätzlich mit der Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie einverstanden sind, können Sie dies hier kundtun. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren. Dieses grundsätzliche Interesse **beinhaltet noch kein Einverständnis** für die Teilnahme an einer konkreten wissenschaftlichen Studie.

- Prinzipiell bin ich damit einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. ☐ JA ☐ NEIN

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort und Datum: \_\_\_\_\_  
(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

### Aufklärender Arzt

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäß dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Stempel: \_\_\_\_\_