

Name

Vorname

Geburtsdatum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG
zur Durchführung einer genetischen
Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz

Vorgesehene Untersuchung:

Vorgeburtliche Risikoanalyse auf das Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Kind

Ziel einer vorgeburtlichen Risikoanalyse ist das Ermitteln der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Trisomie 21, 18 oder 13 bei Ihrem ungeborenen Kind vorliegt. Es handelt sich bei dieser Untersuchung NICHT um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir oder meinem minderjährigen Kind. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen erörtert wurden, beantworten Sie diese bitte durch Ankreuzen mit ja oder nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgender weiterer Arzt ebenfalls eine Befundermittlung erhält: ja nein

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters