

Patientin

geb

ID-Nr.:

verantwortlicher Arzt

Falls minderjährig, sorgeberechtigte Person(en)

Ich wünsche folgende Untersuchungen

- Ersttrimester-Test (pränatale Risikoberechnung für Aneuploidien)
- Chromosomenanalyse aus (Fruchtwasser/ Chorionzotten)
- sonographischer Fehlbildungsausschluss (Feindiagnostik)

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt.

Ebenso wurde ich über die Risiken, die mit der Kenntnis des Ergebnisses als auch über die Risiken für mich oder mein Kind, die mit der Untersuchung bzw. der Entnahme des Gewebes/Blutes verbunden sind, aufgeklärt.

Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich/mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert.

Mir wurde angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen.

Ebenso kann ich jederzeit entscheiden, dass Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden und vernichtet werden.

Das Gendiagnostikgesetz sieht die Vernichtung der Untersuchungsmaterialien nach Befunderstellung vor. Befunde/Befunddokumentation sollen nach 10 Jahren vernichtet werden. Wenn Sie keine anderen Angaben tätigen, gehen wir wie gesetzlich beschrieben vor.

Einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrags, der Weitergabe der Ergebnisse an Dritte (mitbehandelnde Ärzte, Angehörige) bedarf der schriftlichen Zustimmung.

Ich wünsche die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein Speziallabor

- Labor Götze / Jost-Reuhl

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine mitbehandelnden Ärzte

Datum

Unterschrift der Patientin

Unterschrift des beratenden Arztes

[1] hier: bei PND; Stand 17.02.2010