

Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Aufklärung: Pränatale Risikoanalyse (Ersttrimester-Screening)

Das Ersttrimester-Screening stellt eine risikoarme Methode zur Abschätzung des Risikos für eine Chromosomenveränderung beim erwarteten Kind dar. Ein zusätzliches Fehlgeburtsrisiko besteht dadurch nicht.

Im Ersttrimester-Screening werden sonographische und biochemische Parameter, Alter der Schwangeren sowie zusätzliche Besonderheiten (z.B. Gewichtsangabe der Schwangeren) berücksichtigt. Durch die Kombination aller Messwerte erreicht im Ersttrimester-Screening die Erkennungsrate chromosomaler Veränderungen eine Wahrscheinlichkeit von ca. 80 bis 90%. Das Ersttrimester-Screening ist deshalb nicht für Schwangere geeignet, die einen *sicheren* Ausschluss einer Chromosomenveränderung wünschen.

Einwilligung:

Ich habe eine ausführliche Aufklärung zu genetischen Untersuchungen erhalten und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der geplanten genetischen Untersuchung sowie zu der dafür erforderlichen Probenentnahme (Blut-/Gewebeentnahme). Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurde,
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- ich mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden bin.

Angabe der gewünschten Untersuchung(en)

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass durch das GenDG eine sofortige Vernichtung des Probenmaterials nach der Untersuchung vorgeschrieben ist. Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck einer ggf. erforderlichen oder gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchung zur Diagnosefindung bin ich einverstanden.

Mit der Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden.

Mit der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine(n) mit behandelnde(n) Ärztin/Arzt bin ich einverstanden.

Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor bin ich einverstanden.

Verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Untersuchung durchgeführt hat.

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ort/Datum _____ (Unterschrift der(s) anwesende(n) Ärztin/Arztes)

_____ (Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter)