



## Einwilligungserklärung für vorgeburtliche genetische Untersuchungen (gemäß Gendiagnostikgesetz, in Kraft ab 1. Februar 2010)

**Schwangere:** \_\_\_\_\_

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich wünsche, dass die nachfolgende/-n Untersuchung/-en durchgeführt wird/werden:

**Ersttrimester-Screening** (u.a. pränatale Risikoberechnung für Chromosomenstörungen und frühe Feindiagnostik)

**ethnische Zugehörigkeit der Schwangeren:**

**weiß** (z.B. Europa, Nahost, Nordamerika)

**südasiatisch** (z.B. Bangladesch, Indien, Pakistan)

**schwarz** (z.B. Afrika, Karibik, Afro-Amerikanisch)

**südostasiatisch** (z.B. Indonesien, Thailand, Vietnam)

**ostasiatisch** (z.B. China, Japan, Korea)

**gemischt**

andere: \_\_\_\_\_

**invasive Diagnostik** (z.B. Fruchtwasseruntersuchung, Chorionbiopsie, Fetalblutentnahme)

**Ultraschall-Feindiagnostik**

**sonstige Untersuchung:** \_\_\_\_\_

Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch ausführlich über die geplanten Untersuchungen durch Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ informiert.

Alle, meiner Ansicht nach wichtigen Fragen über die Arten und Bedeutungen der Untersuchungen, ihre Risiken und Komplikationen wurden besprochen und mir verständlich beantwortet. Ich fühle mich gut informiert, habe keine weiteren Fragen mehr und willige in die Untersuchungen ein. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

Mir ist bewusst, dass eine Screening-Untersuchung Befunde hervorbringen kann, die eine Konfliktsituation verursachen können.

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen an folgende Personen übermittelt werden.

Frauenärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

weitere Ärzte: \_\_\_\_\_

weitere Personen: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.  ja  nein

**persönliche Fragen:** \_\_\_\_\_

**ärztliche Anmerkungen:** \_\_\_\_\_

**Widerruf:** Ich kann sämtliche oder Teile meiner Einwilligung/-en jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich habe das Recht, die Ergebnisse der Untersuchungen oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen und vernichten zu lassen.

Berlin, den:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schwangeren

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Das Gendiagnostikgesetz kann, falls gewünscht, in der Praxisanmeldung eingesehen werden.