



# Einwilligungserklärung zur Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoberechnung (Ersttrimester-Test)

Name, Vorname Patientin
Geburtsdatum



ZENTRUM für  
Reproduktionsmedizin  
Pränataldiagnostik  
WÜRZBURG

Dr. Reinhard Mai  
Dr. Lore Mulfinger  
Dr. Florian Jakob (Ang.)

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patientin.**

Ich wünsche, dass folgende Untersuchung durchgeführt wird:

Ersttrimester-Test zur vorgeburtlichen Risikoberechnung der Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie 13, 18 oder 21 des Kindes. Auf der Grundlage des mütterlichen Alters, der Bestimmung zweier Parameter aus dem mütterlichen Blut (PAPP-A, freies  $\beta$ -HCG), der Nackentransparenz (NT) und der Scheitelsteißlänge (SSL) des Feten wird das Risiko für oben genannte Trisomien errechnet. Nach computergestützter Ermittlung eines Risikowertes kann ggf. eine Empfehlung für ein weiteres diagnostisches Verfahren erfolgen.

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung, einschließlich der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken, bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden mir ausreichend beantwortet. Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich und mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit vor der Einwilligung in die Untersuchung eingeräumt. Über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung wurde ich informiert. Ich bin im Bedarfsfall mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor einverstanden.

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial (Blut-Probe) nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden.

Ich wünsche die Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials über die gesetzliche Frist hinaus.

Das Gendiagnostikgesetz und die Datenschutzgrundverordnung verlangen, dass die Befunde und Ergebnisse der Untersuchung **nach zehn Jahren** vernichtet werden. Mit Ihrer Einwilligung dürfen diese jedoch länger aufbewahrt werden.

Ich wünsche die Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus.

Alle Angaben und Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.

Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an folgende mitbehandelnde Ärzte:

\_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu der o. g. Analyse und zu der dafür erforderlichen Ultraschalluntersuchung und Blutentnahme. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.**

Datum

Unterschrift Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter