

Einverständniserklärung zur Nicht-invasiven Ersttrimesterdiagnostik im Zeitraum von 11+1 bis 14+0 Schwangerschaftswochen

Nach einer ausführlichen Beratung wünsche ich die Durchführung einer Ersttrimester-Risikoanalyse, um das Risiko meines Kindes für die häufigsten Chromosomenveränderungen und andere angeborene Erkrankungen (z. B. Herzfehler) zu ermitteln.

Ich stimme der Ultraschalluntersuchung, der Probenentnahme und der genetischen Analyse auf Grundlage des Gendiagnostik-Gesetzes (Gültigkeit seit dem 1.2.2010) zu. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Frist bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit auch länger bin ich einverstanden. Sollte ich eine von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünschen, kann ich dies jederzeit mitteilen.

Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Gynäkologin/Gynäkologen das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen werde als auch eine genetische oder psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen kann.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich über die Bedeutung und Grenzen der Risikokalkulation aufgeklärt wurde, dass ich eine ausreichende Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die Einwilligung hatte und dass ich in die Untersuchung im Rahmen der Fragestellung einwillige.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Ich lehne eine Ersttrimesterdiagnostik ab und wünsche ausdrücklich keine weitere Untersuchung!

Ort, Datum

Unterschrift Patientin