

Name, Vorname der Patientin

geb. am.

Adresse:

Zytogenetisches Labor:
Friedrichstraße 38 - 40
01067 Dresden

Labor: Tel.: 0351 / 492 78 900 Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: www.praxisverbund-humangenetik.de

Information und Einwilligungserklärung zum Screening auf Chromosomenstörungen und zum Präeklampsiescreening

im 1. Schwangerschaftsdrittel
(SSL 45,0 mm – SSL 84,0 mm)

Einsender: (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Tel.:

Fax:

Sehr geehrte Patientin,

mit Hilfe einer Laboruntersuchung aus Ihrem Blut ist es möglich, ein für Sie **individuelles Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer Chromosomenanomalie** zu ermitteln. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind diese Störung mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um ein Screening, welches ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit eine Störung aus. Ihre Ärztin/ Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Neben der erläuterten Laboruntersuchung auf Chromosomenstörungen kann die Berechnung eines **individuellen Risikos für die Entwicklung einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft (Präeklampsie)** durchgeführt werden. Hierfür ist es notwendig einen weiteren Blutparameter, den plazentaren Wachstumsfaktor PIGF, zu ermitteln. Bei einem auffälligen Testergebnis kann durch eine engmaschigere Vorstellung bei Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt und ggf. durch die vorbeugende Gabe von Acetylsalicylsäure (ASS) das Auftreten einer Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft vermieden werden.

Das Screening auf Chromosomenstörungen sowie das Präeklampsiescreening stellen keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie die folgenden Kosten selbst tragen:

- GOÄ € 33,52** – Screening auf Chromosomenstörungen
- GOÄ € 60,48** – Präeklampsiescreening
- GOÄ € 77,24** – Screening auf Chromosomenstörungen & Präeklampsiescreening

Einwilligung zur vorgeburtlichen Risikoabschätzung

Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/m behandelnden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten vorgeburtlichen Risikoabschätzung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und die Durchführung einer vorgeburtlichen Risikoabschätzung wünsche. Die oben genannten Kosten der jeweiligen Untersuchung werde ich selbst tragen.

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen **archiviert** werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in anonymisierter Form aufbewahrt werden können.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung in unserem Labor nicht möglich sein sollte.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Leistung von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten