

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 Zweittrimesterscreening

zur Risikopräzisierung für Chromosomenanomalien und Neuralrohrdefekte (sogen. „Double-Test“) im 2. Schwangerschaftsdrittel (ab 14. Schwangerschaftswoche)

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 oder einer Verschlussstörung des Neuralrohrs zu ermitteln. Dieser Test präzisiert das Risiko für beide Krankheitsbilder. Ein auffälliges Testergebnis besagt aber nicht, dass das Kind eine dieser Störungen mit Sicherheit haben wird. Es handelt sich um einen Siebtest, der ggf. zu weiteren Untersuchungen Anlass sein kann. Andererseits schließt ein unauffälliges Testergebnis nicht mit absoluter Sicherheit beide Störungen aus. Ihre Ärztin/Ihr Arzt wird Sie gern ausführlich über diese Untersuchung informieren.

Der Siebtest stellt keine vertragsärztliche Leistung dar. Wenn Sie eine solche Untersuchung wünschen, müssen Sie folgende Kosten selbst tragen:

GOÄ € 33,52 – Zweittrimesterscreening auf Trisomie 21

GOÄ € 16,76 – Screening auf Neuralrohrdefekt-Risiko (nur AFP-Bestimmung)

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 des Zweittrimesterscreening 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