

Arztstempel 	Patientendaten (ggf. Aufkleber) Name Vorname geboren am
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Einverständniserklärung: pränatales nicht-invasives genetisches Screening

Ich wünsche, dass die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

- Ersttrimesterscreening (einschl. pränatale Risikoberechnung Trisomie 21, 18, 13)
- Ultraschall-Organdiagnostik (ggf. Markerscreening)
- Untersuchung:

Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch ausführlich über die geplanten Untersuchungen von o.g. Arzt / Ärztin informiert. Alle nach meiner Ansicht wichtigen Fragen über die Art und die Bedeutung der Untersuchung wurden besprochen und mir verständlich beantwortet. Ich fühle mich gut informiert, habe keine weiteren Fragen mehr und willige in die Untersuchung ein. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

Ich stimme der Übermittlung der Ergebnisse der Untersuchung zu, an meine(n)

Frauenärztin/arzt:

Weitere Ärzte:

Persönliche Fragen:

Ärztliche Anmerkungen:

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten/Ergebnisse für Fortbildungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen anonymisiert genutzt werden können. ja
 nein

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. ja
 nein

Widerruf: Ich kann sämtliche oder Teile meiner Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich habe das Recht, das Ergebnis der Untersuchung oder Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen und vernichten zu lassen.

.....
Ort / Datum Unterschrift der Schwangeren

.....
Ort / Datum Unterschrift der Ärztin / des Arztes