Arztstempel:

Einwilligungserklärung für vorgeburtliche genetische Untersuchungen

Schwangere:_____
Name Vorname Geburtsdatum

Ich wünsche, dass die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

- □ Ersttrimesterdiagnostik (pränatale Risikoberechnung für Aneuploidien)
- □ Fruchtwasseruntersuchung
- □ Chorionbiopsie
- □ Weiterführender Ultraschall (Indikation: u.a. Abklärung genetischer Risiken)
- □ Untersuchung:_____

Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch ausführlich über die geplanten Untersuchungen informiert

durch Frau / Herrn Dr._____

Alle nach meiner Ansicht wichtigen Fragen über die Art und Bedeutung der Untersuchung, ihre Risiken und Komplikationen 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.

Mit der Weiterleitung der Untersuchungsproben zur Analyse durch ein spezialisiertes Labor erkläre ich mich einverstanden.

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

Frauenärztin/arzt: _____

Weitere Ärzte: _____

Weitere Personen: _____

Persönliche Fragen: _____

_____

Ärztliche Anmerkungen:_____

_____

Widerruf: Ich kann sämtliche oder Teile meiner Einwilligung/en 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