

Einwilligungserklärung

Dr. med. J. Arnold Dr. med. G. Balling Prof. Dr. M. Eigenthaler Haugerkirchgasse 7 D-97070 Würzburg

Einwilligungserklärung NT-Risikokalkulation

Patientin

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Abzuklärende Fragestellung:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und zur Durchführung eines Ersttrimester-Screenings (pränatale Risikoberechnung für Aneuploidien). Ich wurde über Zweck, Wesen, Umfang, Aussagekraft und mögliche Konsequenzen aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf oben benannte Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen Krankheiten. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen kann. Auch kann ich die Untersuchung jederzeit stoppen, bzw. von einer Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen und verlangen, daß diese vernichtet werden.

Ich bin damit

einverstanden, nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse maximal 4 Wochen im Labor aufbewahrt werden kann. Zugriff auf das Probenmaterial haben nur die Mitarbeiter des Labors. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Ich bin damit

einverstanden, nicht einverstanden,

dass die Untersuchungsergebnisse folgender(m) mitbehandelnder(n) Ärztin/Arzt mitgeteilt werden:

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Unterschrift des/der Patienten/in
ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter/in