AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten — geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

PRÄNATALMEDIZIN | GYNÄKOLOGIE | GENETIK
MVZ | GBR
Nürnberg | Bayreuth | Ansbach

PRAE NATAL
PRÄNATALMEDIZIN GYNÄKOLOGIE UND GENETIK

Einverständniserklärung für pränatale genetische Untersuchungen

(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

Tel. Nr. der Patientin (tagsüber): _____

Ich wünsche, dass von mir (bzw. o.g. Versichertem/er) entnommenes Blut (bzw. Gewebe) auf genetische Veränderungen bezogen auf nebenstehende Fragestellung(en) untersucht wird:	

bzw. folgende Untersuchung durchgeführt wird:

◯ Chromosomenanalyse
◯ Molekulargenetische Diagnostik

Aus Fruchtwasser / Chorionzotten / Nabelschnurblut / Abortgewebe (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ebenso wurden mir die möglichen Konsequenzen, die sich für mich aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert.

Ich wurde auch darauf hingewiesen, dass ich im Falle von psychosozialen Konfliktsituationen, die z.B. bei Bekanntwerden eines auffälligen Befundes auftreten können, Anspruch auf eine psychosoziale Beratung, z.B. bei einer der staatlichen Schwangerschaftsberatungsstellen, habe.

Falls die gewünschte Analyse ganz oder in Teilen nicht im MVZ Nürnberg/Bayreuth/Ansbach erfolgen kann, bin ich damit einverstanden, dass Probenmaterial an kompetente Partnerlabore versandt wird und die Analyse im Auftrag dort erfolgt.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen hierzu zu stellen. Alle von mir gemachten Angaben und die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.
Mir ist bekannt, dass bewusst fehlerhafte Angaben zur Familiensituation (wie z.B. zur Vaterschaft eines ungeborenen Kindes) Art und Umfang der Untersuchung beeinflussen und zu Kosten führen können, die nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt sind.

Das GenDG verlangt die Vernichtung von Proben (d.h. des biologischen Materials) nach der Befunderstellung. Im Gegensatz zum GenDG wünsche ich, dass von mir stammendes überschüssiges Material

Ja	**Nein**	
◯	◯	für etwaige ergänzende Analysen, die für mich von medizinischer Bedeutung sind aufgehoben wird
◯	◯	in anonymisierter Form zu Zwecken der Qualitätssicherung im untersuchenden Labor aufgehoben und benutzt wird
◯	◯	in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke aufgehoben und benutzt wird
◯	◯	Ich möchte, dass mir sog. Zufallsbefunde („incidental findings“) von medizinischer Relevanz mitgeteilt werden.

Die Aufbewahrung erfolgt nach Maßgabe des Untersuchungslabors bzw. nach technischen Möglichkeiten und Stabilität des Materials. Einen Anspruch auf Aufbewahrung habe ich nicht.

Ja	**Nein**	
◯	◯	Ich bin einverstanden, dass Befunde **meinen nachfolgenden** mit- und weiterbehandelnden **Ärzten** mitgeteilt werden:

_____ _____
Name, Vorname, Ort — Name, Vorname, Ort

_____ _____
Name, Vorname, Ort — Name, Vorname, Ort

Einwilligungserklärung der zweckgebundenen Verarbeitung personenbezogener Daten nach EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)
Nach DSGVO sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Ihre personenbezogenen Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Informationen dazu erhalten Sie direkt vor Ort und auf unserer Homepage.
Mit den dabei einsehbaren Informationen, wird der Patient in Kenntnis gesetzt, dass seine Daten an uns (= Auftragsverarbeiter nach Art. 28 EU-DSGVO) und ggfs. an weitere externe qualitätsgeprüfte Laboratorien und Institute mit spezieller Erfahrung für die jeweilige medizinische Fragestellung zum Zwecke der Patientenversorgung weitergegeben werden. Weitere Informationen zu unserer Datenschutzerklärung unter: www.praenatal.com

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen ohne Angaben von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen. Ebenso kann ich jederzeit entscheiden, dass Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt werden oder vernichtet werden.

Name und Unterschrift der **verantwortlichen ärztlichen Person**: _____

Ort, Datum und Unterschrift (Patientin, ggf. Sorgeberechtigte/er): _____

Sorgeberechtigte/er (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____