

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR HUMANGENETIK & GENETISCHE LABORE**
DRES. PETERS | KLEIER | PREUSSE

Genetische Beratung und Humangenetische Labore
im Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik

Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg
Tel. 040 - 432 926-40 | Fax 040 - 432 926-41

www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

männlich weiblich

Aufklärung und Einwilligung zur vorgeburtlichen genetischen Diagnostik gemäß § 8 u. 9 Gendiagnostikgesetz (GenDG)

- Ich wurde von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt ausführlich über den Umfang sowie über die Bedeutung der u. g. Untersuchung aufgeklärt. Ich wurde über mögliche gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis des Untersuchungsergebnisses sowie Risiken, die mit der Gewinnung der Probe verbunden sein können, aufgeklärt.

Gewünschte Untersuchung: fetale Chromosomenanalyse AFP und ggf. ACHE-Bestimmung
 weiterführende Diagnostik: _____

- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Probe nur zu diagnostischen Zwecken für die o.g. Analyse verwendet werden darf.
- Mir ist bekannt, dass eventuell entstehende Daten mit dem Analyseverfahren 'Next Generation Sequencing' nur bis zu einem Jahr aufbewahrt werden.
- Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass ich ein Recht auf Nichtwissen der Untersuchungsergebnisse habe und diese auf mein Verlangen vernichtet werden müssen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Personen weitergeleitet werden dürfen:
 - meinen Partner / in:
 - meine(n) Frauenärztin(-arzt):
 - meine(n) Hausärztin(-arzt):
 - sonstige benannte Personen:
- Einer der Untersucher darf mich unter folgender Nummer kontaktieren:
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und evtl. späterer vorgeburtlicher Untersuchungen oder Untersuchungen in meiner Familie einverstanden.
 - einverstanden nicht einverstanden
- Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung des Probenmaterials in anonymisierter Form für laboranalytische Qualitätskontrollen/wissenschaftliche Zwecke einverstanden.
 - einverstanden nicht einverstanden
- Ich bin mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus einverstanden.
 - einverstanden nicht einverstanden
- Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Angehörigen genutzt werden.
 - einverstanden nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzliche/r Vertreterin/er

Name und Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin