

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geburtsdatum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Barcode

Formular bitte vollständig ausfüllen!

Patientenangaben:

Ethnische Herkunft: _____

Gestationsalter (SSW + Tag p.m.): _____ + _____

Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

Wiederholung der Analyse

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Einsenderstempel

Anforderung genetischer Untersuchung: nicht invasiver Pränataltest (NIPT)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit. **Ich bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.** Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich sämtliche in diesem Formular erteilten Einwilligungserklärungen, oder einzelne davon, jederzeit mit sofortiger Wirkung schriftlich oder mündlich gegenüber meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung in das **Labor MVZ Westmecklenburg, Ellerried 7, 19061 Schwerin** übermittelt und von dort an das **MVZ Labor Dr. Limbach & Kollegen GbR, Im Breitspiel 16, 69126 Heidelberg**, zur Durchführung des Auftrags und Befundung weitergeleitet sowie auf demselben Weg zurück an meinen behandelnden Arzt übermittelt wird. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die angestellten Ärzte im Primärlabor dabei möglicherweise von den Untersuchungsergebnissen erfahren können.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse):

Folgende Eingriffe oder Erkrankungen können das Ergebnis einer NIPT-Untersuchung beeinflussen: (Bitte ankreuzen!)

Maligne Erkrankung Organtransplantation Bluttransfusion IVF Schwangerschaft

Chirurgischer Eingriff Immun-/Stammzellentherapie eigene Eizelle IVF Eizellspende

Ort, Datum _____ Unterschrift der Patientin bzw. aller gesetzlichen Vertreter _____

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien:

Ich bestätige, dass o.g. Patientin gemäß §10 GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt habe. Die Patientin wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des NIPTs aufgeklärt. Gemäß meiner spezifischen Qualifikation nach §7 GenDG fordere ich diese pränatale genetische Untersuchung an. Die Blutprobe stammt von der auf diesem Formular genannten Patientin, sofern die Barcode-Nummern auf Blutröhrchen und Formular übereinstimmen oder die Patientin eindeutig Namen und Geburtsdatum auf Röhrchen und Formular identifizierbar ist. Bei Abrechnung über GKV: NIPT hinsichtlich fetaler Trisomien ist im individuellen Fall indiziert.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Arzt/Ärztin _____ Name des/der Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben _____