

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:

Geschlecht: männlich weiblich divers unbestimmt

Ethnische Herkunft: _____

SSW: _____

Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

Wiederholung der Analyse

Einsenderstempel

Anforderung genetischer Untersuchung:
nicht invasiver Pränataltest (NIPT) diagnostisch prädiktiv / keine Symptome vorgeburtlich*

* Auf die Risiken vor allem bei vorgeburtlichen Untersuchungen wird im Zuge der Aufklärung zum Eingriff hingewiesen.

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die oben genannte Untersuchung und deren Bedeutung informiert und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte genügend Bedenkzeit und bin mit der genetischen Untersuchung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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, dem Primärlabor oder dem genannten beauftragten Labor widerrufen kann; der Widerrufsempfänger wird einen mündlichen Widerruf unverzüglich (§ 121 BGB) dokumentieren und den weiteren Beteiligten übermitteln.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ohne Anonymisierung oder Pseudonymisierung in das Labor MVZ Westmecklenburg GbR, Ellerried 5-7, 19061 Schwerin übermittelt und von dort an das MVZ Labor Dr. Limbach & Kollegen GbR, Im Breitenspiel 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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte/Personen geschickt werden (Name & Adresse): _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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

- Maligne Erkrankung IVF Schwangerschaft Organtransplantation
 Chirurgischer Eingriff Bluttransfusion Immun-/Stammzellentherapie

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw. aller gesetzlichen Vertreter

Unterschrift des/der gemäß GenDG verantwortlichen Arztes/Ärztin

Anforderung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG) und Mutterschafts-Richtlinien

Ich bestätige, dass vorne genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt wurde. 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