

## Einwilligungserklärung

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz

Name

Vorname

Geburtsdatum

**nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe**

Abnahmedatum:    /    /

Uhrzeit:                    :

SSW:                    (ab SSW 11+0 möglich, optimal ab SSW 19+0)

Anzahl der Feten:                   

Die Probe muss vollständig mit Vor -und Nachnamen, sowie Geburtsdatum beschriftet sein, ansonsten ist leider keine Bearbeitung möglich.

**hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Über Zweck, Art, Umfang, und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.**

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. Nachforderungen im Labor aufbewahrt werden.                    Ja     Nein

Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probematerial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.                    Ja     Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchung im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.                    Ja     Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgender weitere(r) Ärztin/ Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält.                    Ja     Nein

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlich Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift/ Stempel des aufklärenden Arztes