


Gemeinschaftspraxis für <b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	Version 1.1 Gendiagnostik	 rittershaus funke & röhrs
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs		

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Das Gendiagnostik-Gesetz vom 01.02.2010 erfordert von Ihnen im Rahmen Ihrer Schwangerschaft folgende Erklärung und Bestätigung durch Ihre Unterschrift:

Mir ist bewusst, dass die Durchführung von gendiagnostischen Untersuchung (Sonographie, NT Messung) vollkommen freiwillig ist.  
Ich erkläre, dass ich keinem äußeren Zwang zur Durchführung dieser Untersuchung unterliege.

Ich wünsche nur die Durchführung des frühen Fehlbildungultraschalls. Eine Bestimmung der Nackentransparenz und eine Bestimmung der Blutwerte wünsche ich nicht, da ich keine Risikoabschätzung für das Vorliegen einer genetischen Erkrankung wünsche.

NT-Messung:

Ich wünsche nur die Durchführung der gesamten Untersuchung mit Messung der Nackentransparenz und Bestimmung der Blutwerte, wohl wissend, dass dies auch einer Risikoabschätzung für das Vorliegen genetischer Erkrankungen dient.

Fehlbildungultraschall / Organultraschall:

Ich wünsche die Durchführung einer Ultraschall-Feindiagnostik & Dopplersonographie (Fehlbildungultraschall), zwischen der 20.-22. und der 29.-31. Schwangerschaftswoche, wohl wissend, dass diese auch ungünstige Befunde mit Einfluss auf die weitere Schwangerschaft ergeben können.

Ich wurde von Dr.Rittershaus/Funke vor der Untersuchung persönlich ausführlich beraten. Alle meine Fragen wurden vor Durchführung der Untersuchung in für mich verständlicher Form beantwortet.


Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, mich für oder gegen feindiagnostische Untersuchungen zu entscheiden.

Ich erkläre hiermit, dass ich die Möglichkeiten und Grenzen der Ultraschalldiagnostik zur Kenntnis genommen habe.

Mir ist bewusst, dass bei dieser Untersuchung auf Rückschlüsse auf mögliche genetische Erkrankungen gezogen werden könnten. Ebenso wurden die möglichen Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen einer daraufhin folgenden genetischen Untersuchung für mich ergeben könnten, ausführlich besprochen.

Mir ist bewusst, dass ungünstige Untersuchungsbefunde mich in eine Konfliktsituation bringen könnten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich Hinweise auf eine kindliche Erkrankung (Fehlbildung) oder auf eine genetische Veränderung (z.B. Down-Syndrom) ergeben.

Version 1.1	freigegeben von: Dr.Rittershaus/K.Funke	gültig ab 08.03.2013
-------------	---	----------------------

Gemeinschaftspraxis für <b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	Version 1.1 Gendiagnostik	 rittershaus funke & röhrs
Dr. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs		

- Sollten sich bei dieser Untersuchung Hinweise auf eine genetische Erkrankung ergeben, so möchte ich diese mitgeteilt bekommen („Recht auf Wissen“).
- Sollten sich bei dieser Untersuchung Hinweise auf eine genetische Erkrankung ergeben, so möchte ich **nicht** diese mitgeteilt bekommen („Recht auf Nicht-Wissen“).
- Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse auch meinem Mann/Partner mitgeteilt werden.
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligungserklärung vor Durchführung der Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt werden, bzw. vernichtet werden sollen („Recht auf Nicht-Wissen“).
- Ich wünsche die Besprechung des Untersuchungsbefundes in einem
  - persönlichen Gespräch
  - telefonischen Gespräch

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patientin

Version 1.1	freigegeben von: Dr.Rittershaus/K.Funke	gültig ab 08.03.2013
-------------	---	----------------------