

# Einwilligungserklärung

## Zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz

### Nicht invasiver Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD)

**Material:** mind. 7,5 ml EDTA-Blut (separates, originalverschlossenes Röhrchen; mit Vor-, Nachnamen und Geburtsdatum beschriftet), unzentrifugiert, keine Kühlung erforderlich, max. 2 Tage bis Eingang im Labor.

#### Bitte vollständig ausfüllen:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Abnahmedatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

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

Anzahl der Feten: \_\_\_\_

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meiner Ärztin/ 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.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.  Ja  Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.  Ja  Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen 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:

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin od. des gesetz. Vertreters \_\_\_\_\_

Name des aufklärenden Arztes \_\_\_\_\_ Unterschrift des aufklärenden Arztes \_\_\_\_\_