INFORMATIONEN ZUR ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT

(basierend auf den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), der Arbeitsgemeinschaft (AG) für Ultraschalldiagnostik in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin (DGPG)

Sehr geehrte Schwangere,

Sie sind zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung Ihres ungeborenen Kindes in unsere Praxis gekommen. Mit der Ultraschalluntersuchung sind wir in der Lage, viele Störungen - darunter auch eine Vielzahl von kindlichen Fehlbildungen und Erkrankungen, zu erkennen bzw. auszuschließen.

Vor der Untersuchung bitten wir Sie, folgendes zur Kenntnis zu nehmen.

Die Ultraschalluntersuchung ist ein bildgebendes Verfahren, das nach heutigem Wissensstand keine negativen Auswirkungen und Schäden beim ungeborenen Kind hervorruft. Dies gilt auch für wiederholte Untersuchung.

Auch bei guter Gerätequalität, größter Sorgfalt und Erfahrung des Untersuchers kann nicht erwartet werden, dass zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft alle Fehlbildungen und Veränderungen erkannt werden können. Es ist möglich, dass bestehende Defekte nicht erkannt werden, (z.B. ein Loch in der Herzwand, eine kleine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, kleine Defekte im Bereich der Wirbelsäule, Finger- u. Zehenmissbildungen sowie Stoffwechselerkrankungen). Auch kann die Beurteilung des ungeborenen Kindes durch ungünstige Untersuchungsbedingungen (z.B. verminderte Fruchtwassermenge, ungünstige Kindslage, kräftige mütterliche Bauchdecken, Narben) erschwert sein. Dementsprechend bleibt ein Restrisiko im Prozentbereich für das Vorliegen von Entwicklungsstörungen bestehen.

Aufmerksam möchten wir auch darauf machen, dass Chromosomenstörungen (z.B. Trisomie 21) in der Mehrzahl der Fälle mit Ultraschall nicht erkannt werden können. Für eine zuverlässige Diagnose sind invasive Eingriffe notwendig (z.B. Fruchtwasserpunktion, Plazentapunktion, Nabelschnurpunktion).

Aus einem normalen Ultraschallbefund kann nicht abgeleitet werden, dass das Kind normal entwickelt und gesund ist. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie die Grenzen der Ultraschalluntersuchung zur Kenntnis genommen und verstanden haben.

Ich habe dazu weitere Fragen und wünsche ein Gespräch: 0 nein / 0 ja

Cottbus, den _____

Unterschrift der Schwangeren _____

Unterschrift Arzt_____

Dr. med Ines Lusansky

FA Petra Rodehau

Dipl. Med. V. Fürstenhöfer

Dr. med M. Flöter

FÄ für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Schweriner Straße 1b

03046 Cottbus

Einverständniserklärung für vorgeburtliche genetische Untersuchungen

(gemäß Gendiagnostikgesetzt, in Kraft ab 01.Februar 2010)

Schwangere:_____

Name **Vorname** **Geb.-Datum**

Ich wünsche, dass die nachfolgende Untersuchung durchgeführt wird:

O **Erstrimesterscreening**

(pränatale Risikoberechnung für Chromosomenstörung und frühe Feindiagnostik)

O **invasive Diagnostik** (Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie)

O **Ultraschallfeindiagnostik**

O **erweiterter Basis-Ultraschall**

Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch ausführlich über die geplanten Untersuchungen durch

Frau Dr. …… informiert.

° Alle nach meiner Ansicht wichtigen Fragen über die Art und Bedeutung der Untersuchung, ihrer Risiken und Komplikationen wurden besprochen und mir verständlich beantwortet. Ich fühle mich gut informiert, habe keine weiteren Fragen mehr und willige in die Untersuchung ein. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

° Mir ist bewusst, dass eine Screeninguntersuchung Befunde hervorbringen kann, die eine Konfliktsituation verursachen können.

° Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung an folgende Personen übermittelt werden:

Frauenärztin/ -arzt: _____

Mit der Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten, nach EU-DSGVO Art.7, an Dritte (Labore, KV, KK, mitbehandelnde Ärzte, Bilddokumentation zur Qualitätssicherung) weitergeben werden dürfen. Die DSGVO kann ich in der Praxis jederzeit einsehen. Mir ist bekannt, dass meine Daten nach 10 Jahren Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.

Ich bin einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchung länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.

JA □ **NEIN** □

Persönliche Fragen: _____

Ärztliche Anmerkungen:_____

Widerruf: Ich kann sämtliche oder Teile meiner Einwilligung/en jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich habe das Recht, dass Ergebnisse der Untersuchung oder der Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen und vernichten zu lassen.

Cottbus, den _____

Unterschrift Schwangere Unterschrift Ärztin