



Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen

(gemäß GenDG, Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

Patientin:

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Falls minderjährig sorgeberechtigte Person(en) benennen:

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Ich wünsche, dass die folgende Untersuchung durchgeführt wird:

- Ersttrimester-Test (pränatale Berechnung für Aneuploidien)
- Ich wurde über Zweck, Art Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt.

Ebenso wurde ich über die Risiken, die mit der Kenntnis der Ergebnisse als auch über die Risiken, die mit der Untersuchung bzw. der Entnahme des Gewebes/Blutes für mich oder mein Kind einhergehen können aufgeklärt.

Mir wurden die möglichen Konsequenzen, die sich für mich/mein Kind aus den Ergebnissen der Untersuchung ergeben können, erläutert.

- Mir wurde angemessen Bedenkzeit vor der Einwilligung in die o.g. Untersuchung eingeräumt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und die Vernichtung der Proben verlangen. Ebenso kann ich jederzeit entscheiden, dass die Untersuchungsergebnisse nicht mitgeteilt und vernichtet werden.

Das Gendiagnostikgesetz sieht die Vernichtung von Untersuchungsmaterialien nach der Befunderstellung vor. Befunde/Befunddokumentation sollen laut Gesetz nach 10 Jahren vernichtet werden. Wenn Sie keine anderen Angaben tätigen, gehen wir wie gesetzlich beschrieben vor.

Einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrags, der Weitergabe der Ergebnisse an Dritte (mitbehandelnde Ärzte, Angehörige) müssen sie ausdrücklich zustimmen.

Ich wünsche

- die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor ja nein
- Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an meine mitbehandelnden Ärzte: ja nein
- _____
- Ich verzichte auf die automatische Vernichtung nach 10 Jahren
- Die Information im Zahlen auf der Rückseite und die ausführliche Information über 6 Seiten habe ich gelesen

Esslingen, den _____ Unterschrift Patientin _____ H. Jost _____

BITTE 4 TAGE VOR DER ULTRASCHALLUNTERSUCHUNG BAUCH **NICHT** EINCREMEN!!!

Fakten zur Beratung zur möglichen vorgeburtlichen Diagnostik – Stand 9/2019

Pränataldiagnostik (PND)

96% aller Neugeborenen sind gesund – aber 4% haben eine angeborene **Fehlbildung (Fb)**, d.h. 1 Kind von 25 ist nicht gesund.

Fein-US in SSW 12+: erkennt **50%** der **Fb**-aber **50%** nicht! Selbstzahlerleistung (IGeL) ca. 190 €

Invasive Diagnostik: **Mutterkuchenprobeentnahme** (Chorionzottenbiopsie, CVS) ab SSW 11+ (Risiko für Verlust der Schwangerschaft 1 auf 500), Kosten werden i.d.R. von der Krankenkasse bezahlt

Oder **Fruchtwasseruntersuchung** (Amniozentese, AC) in SSW 17+ (Risiko für Verlust der Schwangerschaft 1 auf 1000), Kosten werden i.d.R. von der Krankenkasse bezahlt. FWU/AC erkennt **10%** der **Fb** – aber **90%** nicht! Es werden alle 500

Chromosomenstörungen zu 100% erkannt. Jedoch **haben 90% der Fb KEINE Chromosomenstörung!**

Nichtinvasive PND zur Erkennung von **Chromosomenstörungen** (NIPT = DNA-Bluttest) z.B. Harmony- oder Praena-Test. Ab SSW 10+0 (kein Risiko auf Verlust der Schwangerschaft). Dieser Test erkennt **7%** der **Fb** – jedoch **93%** nicht! Selbstzahlerleistung (IGeL) ca. 199 – 350 €. Es werden 3 von 500 **Chromosomenstörungen** erkannt, jedoch 497 **seltene Chromosomenstörungen** nicht. (Das sind 3% der **Fb**, die von der CVS oder der AC zusätzlich auch erkannt werden – aber auch 90% der **Fb** nicht, da sie **keine Chromosomenstörung** haben).
Erkannt werden: Trisomie 21 zu 99%, Trisomie 18 zu 98% und Trisomie 13 zu 94%

Beim **Ersttrimesterscreening ETS** kommen diese Methoden risikoabhängig zur Anwendung. D.h. das Risiko für Trisomie, 13,18 und 21 werden aus 2 Blutwerten (PAPP-A und freies β -HCG), der im Ultraschall gemessenen Nackendicke (NT) und dem Alter der Schwangeren berechnet.

Bei Risiko > 1:100 (z.B. 1:40) wird eine AC oder CVS empfohlen (passiert bei 1 von 20).

Bei Risiko 1:100 – 1:1000 (z.B. 1:140) wird der NIPT empfohlen (passiert bei 1 von 7).

Bei Risiko <1:1000 (z.B. 1:1400) wird nichts weiter empfohlen (passiert bei 4 von 5).

Hierdurch werden **95% Trisomie 13,18,21** erkannt UND durch den gleichzeitigen Fein-US **50%** aller **Fehlbildungen**. Sodass dieses Vorgehen die höchste KOSTENEFFEKTIVITÄT hat (Kosten im Mittel 240 €, nämlich bei jeder Schwangeren 190 € und bei jeder 7. zusätzlich 350 € Selbstzahlerleistung).

Alternativ kann der NIPT risiko-unabhängig z.B. in SSW 10+0 **VORANGESTELLT** werden, dann in Kombination mit ETS in SSW 12+. Hierdurch werden statt 95% ganze **99% Trisomie 21** erkannt und durch den gleichzeitigen Feinultraschall **50%** aller **Fehlbildungen**. Sodass dieses Vorgehen die höchste ERKENNUNGSRATE hat. (Kosten 399 – 540 € Selbstzahlerleistung)



Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung

Ichwünsche durch meinen behandelnden Arzt die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

- Ersttrimester - Feinultraschall** u.a. zur Messung der Nackenfalte **161,50 €**
Farbdoppleruntersuchung des Herzens und ggf. des Ductus Venosus in der 12. – 14. SSW zur Risikoabschätzung auf chromosomale Störungen (v.a.Trisomie 21), aber auch Herzfehler (und ca. 100 weitere seltene Erkrankungen) mit Befundbericht .
Bei Zwillingen **250,00 €**
Laborkosten **zuzüglich in Höhe von** **28,17 €**
- Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft*** über die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Untersuchungen hinaus, bei fehlender Indikation. Zur Größenmessung und Ausschluss von Wachstumsstörungen in der SSW 16+, 24+, 32+, 34+, 38+, 40+ **je 20,00 €**
- Zweittrimester – Feinultraschall*** über die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Untersuchungen hinaus, bei fehlender Indikation. Zum Fehlbildungsausschluss (incl. Farbdoppler des Herzens sowie der Nabelschnur und Gebärmutterarterien) **250,00 €**
- Abstrich auf B- Streptokokken und Pilze;** ca. 36. SSW. **6,99€**
Die Kulturauswertung erfolgt im Labor und wird von diesem gesondert berechnet.
- Toxoplasmose (Laborpreis – Rechnung kommt vom Labor)** **20,40 €**
- Cytomegalie (Laborpreis – Rechnung kommt vom Labor)** **13,99 €**

***4 Tage vor dem Ultraschall den Bauch bitte nicht eincremen.**

Dieser Wunsch ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen, da die von mir gewünschten Maßnahmen nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. **Mein behandelnder Arzt hat mich über Folgendes aufgeklärt:**

Die von mir gewünschten Maßnahmen können nicht mit meiner Krankenkasse abgerechnet werden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse auch keinen Anspruch auf komplette oder teilweise Kostenerstattung.

Mein behandelnder Arzt – bzw. bei Laborleistungen der Laborarzt – wird diese Leistung(en) privatärztlich liquidieren. Die Rechnung ist von mir zu bezahlen.

Esslingen, den _____ Unterschrift Patientin _____ H. Jost _____



Informationen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

Liebe werdende Mutter,

bevor bei Ihnen eine Ultraschall-Untersuchung Ihres ungeborenen Kindes durchgeführt wird, sollten Sie die nachfolgenden Informationen und Hinweise zur Kenntnis nehmen:

- ✓ Die Ultraschalluntersuchung ist ein bildgebendes Verfahren, das nach heutigem Kenntnisstand selbst bei wiederholter Anwendung keine Schäden bei Mutter und Kind verursacht.
- ✓ Mit Hilfe der Ultraschalldiagnostik kann eine Vielzahl von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Kindes erkannt und vor allem auch ausgeschlossen werden. Andererseits muss jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass auch bei moderner apparativer Ausstattung, größter Sorgfalt und umfassenden Erfahrungen des Untersuchers nicht alle Fehlbildungen oder Erkrankungen erkannt werden können.
- ✓ Das Übersehen oder Verkennen einer Fehlbildung kann auch dadurch zustande kommen, dass bei bestimmten Begleitumständen (z.B. fettreiche Bauchdecken, Fruchtwassermangel, ungünstige Lage des Kindes) die Untersuchungsbedingungen erschwert werden. Auch sind mit Ultraschall erkennbare Befunde nicht immer eindeutig in ihrer Bedeutung einzuordnen.
- ✓ Die vorgegebenen Untersuchungsprogramme, vor allem zwischen der 20. und 22. Schwangerschaftswoche, sind bei Reihenuntersuchungen von gesunden Schwangeren ohne erkennbare Risiken zwar auf das Erkennen von Anomalien und Fehlbildung ausgerichtet, aber letzten Endes aufgrund des vorgegebenen Zeitrahmens doch wieder orientierender Art.
- ✓ Das Ultraschallscreening darf daher nicht als Fehlbildungsdiagnostik missverstanden werden. Vielmehr muss die Möglichkeit, dass weniger auffällige Befunde im Einzelfall übersehen werden können, von vornherein in Betracht gezogen werden. Dazu gehören z.B. kleinere Defekte wie ein Loch in der Trennwand der Herzkammern, eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Defekte im Bereich der Wirbelsäule (spina bifida) sowie Finger- oder Zehenfehlbildungen.
- ✓ Zu beachten ist, dass jede Schwangerschaft mit einem sog. Basisrisiko von 2-4% für Fehlbildungen und Erkrankungen des Kindes belastet ist. Dabei fallen etwa 1% auf schwerwiegende Fehlbildungen. Dieses Basisrisiko ist bei einer insulinpflichtigen Zuckerkrankheit der Schwangeren oder auch bei Mehrlingen erhöht.
- ✓ Chromosomenanomalien können durch eine Ultraschalluntersuchung (als Alternative zu einer invasiven Diagnostik) erkannt werden, falls charakteristische - aber nicht obligatorisch vorhandene - Hinweiszeichen nachzuweisen sind. In diesem Fall ist Anlass zu einer invasiven Diagnostik gegeben.

Die Möglichkeiten und Grenzen der Ultraschalldiagnostik habe ich zur Kenntnis genommen

Esslingen, den _____ Unterschrift Patientin _____ H. Jost _____

Zusätzliche Anmerkungen und Empfehlungen:



Ersttrimesterscreening (ETS)-Info

Das ETS dient u.a. der vorgeburtlichen Risikoabschätzung für eine angeborene Erkrankung.

Etwa 5% der Neugeborenen haben eine Fehlbildung.

Ca. 1/10 davon haben eine Chromosomenstörung, die Hälfte davon entfällt auf die Trisomie 21, die andere Hälfte auf 500 andere Chromosomen-Anomalien.

Bei Trisomie 21 besteht eine deutliche Abhängigkeit vom Alter der Schwangeren.

Bei einer 25jährigen beträgt das Risiko für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom 1:1000, bei einer 35-Jährigen 1:300, bei einer 40-Jährigen 1:100 und bei einer 50-Jährigen 1:10.

(Früher wurde deshalb allen Schwangeren ab 35 Jahren eine Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) angeboten, wegen eines Risikos von 1:300 für Down-Syndrom und 1:300 für eine andere chromosomale Erkrankung, also ca. einem Gesamtrisiko für eine Chromosomenstörung von ungefähr 0,5%.

Gleichzeitig besitzt die Fruchtwasseruntersuchung ein Eingriffsrisiko für eine Fehlgeburt von 0,1% (1 auf 1000) bis 0,3% (3 auf 1000).

Zu 99,5% war es also egal wie man sich entschied, es ging sowieso gut.

Die Schwangere musste sich entweder für das Restrisiko von 0,5% entscheiden ihr Kind zu verlieren um zu wissen, dass es sicher keine Chromosomenstörung hat. Oder für das Restrisiko von 0,5% ,ein Kind mit einer Chromosomenstörung zu bekommen, welches unter Umständen ein Leben lang von ihr betreut oder gepflegt werden muss. Die Hälfte entschied sich gegen die Fruchtwasseruntersuchung, auch um das Schicksal eines Abganges nicht aktiv herauszufordern.)

Heute kann man jeder Schwangeren abhängig von ihrem Alter, einer Ultraschalluntersuchung und einer Blutuntersuchung eine Risikoabschätzung anbieten.

Bei der Ultraschalluntersuchung liegt das Hauptaugenmerk auf der Messung der Nackentransparenz (NT). Jedes Ungeborene hat zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche (SSW) eine Flüssigkeitsschicht direkt unter der Nackenhaut, normalerweise zwischen 1,0 und 2,5 mm dick. Bei einem von zwanzig ist diese Schicht auffällig dick. Je dicker diese Schicht ist, desto höher ist das Risiko für eine Chromosomenstörung wie Trisomie 21, 18 und 13, aber auch für andere Chromosomen-Anomalien.

Gleichzeitig wächst mit der Dicke der NT aber auch das Risiko für angeborene Herzfehler, **auch bei normalen Chromosomen**. Auch hundert andere angeborene Erkrankungen mit normalen Chromosomen, die bei einer Fruchtwasseruntersuchung nicht erkannt werden können sind umso häufiger je dicker die NT ist. **Es sind nicht alle Feten mit verdickter NT krank, 90% haben nur einfach eine harmlose Verdickung der NT, die im weiteren Verlauf der Schwangerschaft üblicherweise von alleine verschwindet.**

Zur Unterscheidung dieser von nicht harmlosen Fällen (ca. 10%) kann man eine Chromosomenuntersuchung (meist eine Amniozentese in der 17. SSW) und eine Feinultraschalluntersuchung (meist in der 20.SSW) vornehmen. Sind beide unauffällig, ist eine harmlose Verdickung anzunehmen und das Kind wahrscheinlich nach der Geburt gesund.

Es sind aber **auch nicht alle Feten mit normaler NT gesund**, auch hier findet sich **selten** ein kranker Fet, aber eben so selten, dass sich eine weitere Abklärung nicht lohnt.

Neben der NT-Messung wird beim ETS ein frühes Fehlbildungsscreening des ganzen Kindes durchgeführt. Fehlanlagen des Gehirns, des Herzen der inneren Organe ,der vorderen Bauchwand, des Rückens der Arme und der Beine , der Hände und Füße, ja teilweise der Finger und Zehen können unter Umständen erkannt werden. Im Idealfall können so mehr als die Hälfte

(also grundsätzlich mehr als bei einer alleinigen Fruchtwasseruntersuchung) der überhaupt vorgeburtlich diagnostizierbaren Fehlbildungen **bereits in der 12 SSW** als auffällig erkannt werden. Teilweise gelingt dies auch besser als beim 20 SSW-Ultraschall, dies gilt insbesondere bei schwierigen Bedingungen für Ultraschall über die Bauchdecken etwa bei Übergewichtigen.

Weiter ergänzt werden kann das ETS durch die sogenannten modernen Marker („Nasenbein“, „Duktus venosus Fluss“, „Trikuspidalklappenfluss“).

Diese haben unter anderem Bedeutung für die Entdeckung des Down-Syndroms. Oft wird auch noch eine Messung der Gebärmutterdurchblutung („uteriner Doppler“) vorgenommen. Diese dient zur Risikoabschätzung anderer SS-Kompikationen.

Mit der Blutuntersuchung kann man **unabhängig hiervon** ebenfalls u.a. eine Risikoabschätzung für Trisomie 21, 18 und 13 vornehmen. Bei Kindern mit Trisomie 21 ist einer der beiden Blutwerte (der PAPP-A-Wert) durchschnittlich nur halb so hoch wie bei gesunden Feten im Blut der Schwangeren zu messen, der andere (der HCG-Wert) doppelt so hoch. Bei 4 von 5 Frauen (80%) ist das Risiko für jede der 3 Trisomien niedriger als 1:1000, so dass nichts weiter empfohlen werden muss. Bei 1 von 7 Frauen (14%) liegt das Risiko zwischen 1:100 bis 1:1000. Hier wird zunächst ein NIPT (nicht invasiver pränataler Test) wie z.Bsp. der Harmonytest empfohlen. Dessen Kosten liegen bei ca. 299 €.

Gibt man nun Alter, NT-Messwerte und die beiden Blutwerte in ein Rechenprogramm, so erhält man einen Zahlenwert für die Wahrscheinlichkeit einer Trisomie 21, 18 und 13. Wenn dieses Risiko höher ermittelt wird als das Altersrisiko einer 40 jährigen Frau für Trisomie 21 (höher als 1:100), also z.B. 1:99 oder 1:10, so empfiehlt man wie früher der Schwangeren über 35 eine Fruchtwasseruntersuchung. (Betrifft rund 1 von 20 Frauen oder 5%).

Außerdem wird im Falle der unauffälligen Fruchtwasseruntersuchung ein Feinultraschall ab der 20. SSW empfohlen.

Folgt man dieser Empfehlung, so werden hierdurch nicht alle Kinder mit Trisomie 21 erkannt, aber doch rund 95%. Man muss dafür - bei einer von zwanzig Schwangeren - das Risiko der Fruchtwasseruntersuchung von 0,1 % eingehen, während 95% „ungeschoren“ ohne die Amniozentese davon kommen. Dies erlaubt nachweislich mehr Kinder mit Trisomie 21 zu entdecken und gleichzeitig weniger gesunde Kinder durch eine Amniozentese zu verlieren als bei der früheren Altersindikation.

Durch die Einführung eines staatlichen ETS-Programmes in Dänemark gelang es mehr Kinder mit Trisomie 21 zu entdecken, gleichzeitig wurden weniger Fruchtwasseruntersuchungen benötigt und hierdurch weniger gesunde Kinder verloren - bei gleichzeitiger Kostenersparnis. In Deutschland ist das ETS eine IGeL-Leistung, die Kosten müssen von gesetzlich Versicherten selbst getragen werden.

Die FMF-London hat das ETS maßgeblich mitentwickelt und ist für ein regelmäßiges Auditverfahren verantwortlich. Hierbei muss sich jeder Untersucher einer jährlichen Qualitätskontrolle unterziehen, um zertifiziert zu bleiben (www.fetalmedicine.com). Die FMF empfiehlt übrigens immer, also auch bei niedrigem Risiko des ETS, die Durchführung einer Feinultraschalluntersuchung um die 20+SSW. Zum einen zur weiteren Absicherung, aber auch weil sich auf Grund fortschreitender fetaler Entwicklung manche Strukturen erst ab diesem Zeitpunkt beurteilen lassen(z.B. der sog. Balken im Gehirn). Dieser Feinultraschall **ohne weiteren Verdacht** ist jedoch üblicherweise für gesetzlich Versicherte ebenfalls eine IgeL-Leistung.

Das seit 01.02.2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz (GenDG) verlangt eine **Aufklärung** über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Tragweite einer angeforderten genetischen Untersuchung. Das ETS fällt ausdrücklich unter das GDG.

Die Tragweite des ETS ist für die meisten Schwangeren gering, weil 95% in eine Gruppe mit geringem oder mittleren Risiko fallen. Bei fast allen hiervon ist das Kind tatsächlich frei von angeborenen Erkrankungen und die Schwangeren werden zu Recht ab der 12.SSW beruhigt. Allerdings hat ein kleiner Teil aus der Niedrigrisikogruppe doch ein Kind mit einer angeborenen Fehlbildung, weil eben nicht alle Fehlbildungen durch das ETS erkannt werden können. Für die werdenden Väter ist das Sichtbarmachen einer unauffälligen Entwicklung von großer Bedeutung. Durch den Anblick von einem kleinem Wesen(“etwas , was Hand und Fuß hat“) wird der emotionale Bezug verbessert.

Bei den Schwangeren mit höherem Risiko, in die eine von zwanzig gruppiert wird , wird bei den meisten der Verdacht nach einer Zeit von 8 Wochen erhöhter Alarmbereitschaft ausgeräumt, wenn das normale Ergebnis der Chromosomenuntersuchung und der Feinultraschalluntersuchung in der 20. SSW vorliegt. Hier wurde ja auch nicht gesagt, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt, es befand sich lediglich in einer Gruppe, in der sich genaues Nachschauen lohnt. Wenn dieses Nachschauen ein unauffälliges Ergebnis gebracht hat, so ist es so, als ob man gleich in der Niedrigrisikogruppe gewesen wäre, das Kind ist wahrscheinlich (aber nicht sicher!) bei der Geburt gesund.

Bei einem kleineren Teil der Gruppe mit höherem Risiko findet sich dann doch eine Auffälligkeit bei der Chromosomenanalyse oder bei der Ultraschalldiagnostik. **Jetzt wird eine Beratung durch einen Facharzt für Humangenetik notwendig.** Hierbei wird vermittelt, ob und wenn ja, wie stark und mit welcher Wahrscheinlichkeit das Kind nach der Geburt beeinträchtigt oder behindert sein wird.

Eine psychosoziale Beratung klärt über die staatlichen Hilfen für Kinder mit angeborenen Erkrankungen auf und bietet psychische Unterstützung. Danach liegt es in erster Linie an der Schwangeren zu entscheiden, ob sie sich eine Austragen der Schwangerschaft zutraut, **oder ob sie zur Abwendung der Gefahr für ihre eigene Gesundheit einen Schwangerschaftsabbruch verlangen will**, welcher dann vor dem Erreichen der Lebensfähigkeit in der 23. SSW durchgeführt werden kann.

Die Beratung hängt sehr stark vom speziellen Befund ab. So gibt es Fälle, bei denen von einer schwersten körperlichen und geistigen Behinderung des Kindes ausgegangen werden muss (z.B. bei Trisomie 18 oder Trisomie 13).

Die Betroffenen können weder sprechen, gehen, oder essen, sind reine Pflegefälle, die gewickelt und gebadet und mit der Sonde ernährt werden müssen. Dies kann unter Umständen einen jahrelangen Pflegebetrieb rund um die Uhr für die Mutter und die ganze Familie bedeuten.

Die meisten Schwangeren werden sich erfahrungsgemäß nach einer Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Aber es gibt auch Schwangere, die sich für den natürlichen Verlauf entscheiden und bereit sind, das Kind notfalls jahrelang zu pflegen.

Bei der Trisomie 21 (Down-Syndrom , fälschlicherweise auch Mongolismus genannt) sind die Betroffenen zwar auch immer körperlich und geistig behindert, aber nicht so schwer und auch nicht alle gleich schwer. So gibt es welche, die in der Behindertenschule gut lesen und schreiben lernen können und in der Behindertenwerkstatt gut zurechtkommen. Aber es gibt auch Betroffene, die nie lesen und schreiben lernen können und auch in der Behindertenwerkstatt nicht viel zu Wege bringen können. Bislang lässt sich lediglich sagen, es wird ein Kind mit Trisomie 21 kommen, aber nicht, ob es ein fittes oder weniger fittes sein wird. Die Hälfte der Kinder mit Down-Syndrom hat einen angeborenen Herzfehler, der sich aber meistens so gut operieren lässt, dass die betroffenen Kinder nach der Operation nicht mehr wesentlich beeinträchtigt sind. Die Lebenserwartung der Betroffenen ist mit 50-65 J. fast normal. Die Betroffenen leiden normalerweise keineswegs unter ihrer Besonderheit. Sie sind eher besser drauf als die „Normalen“ und kommen mit jedem gerne und völlig ungeniert ins Gespräch. Das Problem haben vielmehr die Gesunden. Die Eltern fragen sich häufig, wer sich einmal um ihr Kind kümmern wird, wenn sie nicht mehr können. Erfahrungsgemäß entscheiden sich 9 von 10 betroffenen Schwangeren für einen Schwangerschaftsabbruch.

Andere Fälle sind weniger schwerwiegend, z.B. Veränderungen der Geschlechtschromosomen.

Bei männlichen bedeutet das meistens, dass die Betroffenen als Erwachsene im Schnitt einige Zentimeter größer sind und selber keine Kinder zeugen können. Sie sind jedoch genauso selten körperlich oder geistig behindert wie die „normalen“ XY-Männer.

Bei weiblichen ist der häufigste Fall das Fehlen eines der beiden X-Chromosomen. Die erwachsenen Frauen erreichen im Durchschnitt eine Größe von 155 cm und können **selbst keine Kinder bekommen**. Es kann mit einer normalen Intelligenz gerechnet werden.

Ein Drittel dieser Frauen hat einen angeborenen Herzfehler, er sich jedoch ebenfalls meistens so gut operieren lässt, dass danach keine wesentlich Einschränkung besteht. Die Kinder müssen häufiger als andere zum Kinderarzt, auch wegen Ohrenerkrankungen, und es stellt sich die Frage einer Therapie mit Wachstumshormon um die Endgröße zu erhöhen. Normalerweise werden aus diesen Patientinnen Frauen, die ein selbständiges und zufriedenes Leben ohne eigene Kinder führen können. Es werden erfahrungsgemäß in diesen Fällen kaum Schwangere einen Abbruch verlangen, weil sie sagen „ich komme damit psychisch und körperlich nicht klar, wenn ich so ein Kind bekäme“.

Es gibt Fälle von **Chromosomenauffälligkeiten ohne Bedeutung**. In diesen Fällen findet sich beispielsweise die gleiche Auffälligkeit bei einem der beiden Eltern bei einer Blutuntersuchung. Man kann dann annehmen, dass sich die Auffälligkeit beim Kind genauso wenig auswirken wird wie beim betroffenen Elternteil.

Aber es gibt auch Fälle bei denen **keine gute Vorhersage möglich** ist, dies ist einer der Gründe für diese lange Aufklärung.

So kann es sein, dass man bei ihrem Ungeborenen eine Auffälligkeit bei der Chromosomen-untersuchung oder beim Ultraschall findet und Ihnen sagen muss, dass ähnliche Fälle aus der Vergangenheit sich ganz unterschiedlich nach der Geburt entwickelt haben.

Die Kinder waren entweder völlig unauffällig, leicht behindert oder schwerbehindert. Stellen Sie sich vor, man sagt Ihnen in der 20.SSW, die Chance, dass Ihr Kind unauffällig ist, ist ein Drittel, das Risiko, dass es leicht behindert ist, ist ein Drittel und ein Drittel, dass es schwerbehindert ist. Sie sollen dann entscheiden, wie es weiter gehen soll. Zumindest für diejenigen Frauen, bei denen das Kind nach der Geburt völlig unauffällig ist, wäre es besser gewesen, sie hätten nie diese vorgeburtliche Diagnostik durchgeführt. Sie hätten sich nicht **unnötig über viele Wochen gesorgt** und es wird ihnen auch nach der Geburt schwer fallen zu glauben, dass das Kind wirklich unauffällig ist, weil Sie um die vorgeburtliche Diagnostik wissen. Daher betont der Gesetzgeber ausdrücklich das **Recht auf Nichtwissen**.

Auf der anderen Seite ermöglicht es die vorgeburtliche Diagnostik in anderen Fällen, auch den Frauen sich **während der Schwangerschaft gegen die Geburt eines schwerbehinderten Kindes zu entscheiden** oder ganz bewusst das Risiko für eine Behinderung einzugehen.

So wurde den Frauen früher unter Umständen nach der Geburt die Behinderung des Kindes mitgeteilt, im Sinne einer Tatsache, mit der man zurecht kommen müsse.

Ein sehr wichtiger Grund für die Durchführung des ETS ist die Tatsache dass es auch dem Kind nutzen kann.

Beispielsweise kann es sein das durch eine verdickte NT ein erhöhtes Risiko für einen bestimmten Herzfehler angezeigt wird. Dieser kann dann entweder gleich beim ETS oder erst später wegen eines deshalb extra durchgeführten Spezialultraschalles nachgewiesen werden. Bei dieser Erkrankung („TGA“) gehen die beiden großen Herzgefäße **vertauscht** aus den Herzkammern ab. Wenn man das vor der Geburt weiß, kann der Kinderarzt schon bei der Geburt mit der richtigen Infusion bereit stehen und das Kind zur optimalen Versorgung in die Kinderklinik übernehmen. Hierdurch bleiben die Kinder stabil, ansonsten werden diese bei der Geburt meist noch völlig unauffälligen Kinder im Verlaufe der ersten 48 Stunden so schwer krank, dass 1/3 Drittel es nicht überlebt. Bei den vom ersten Moment an optimal versorgten Kinder können fast alle in gutem Zustand nach einige Monaten erfolgreich operativ korrigiert werden und sind dann praktisch gesund.

Auch bei anderen Herzfehlern und bei Fehlbildungen anderer Organe kann es sein ,das der weitere Verlauf wesentlich verbessert wird, wenn man schon vor der Geburt weiß, welche Hilfe das Kind nach der Geburt benötigt. Das Kind kann dann im richtigen Krankenhaus, zur richtigen Uhrzeit, in der optimalen SSW, auf die richtige Art auf die Welt kommen und von den richtigen wartenden Spezialisten optimal weiterversorgt werden. Auch den Eltern kann durch die vorgeburtliche Vorbereitung auf die Fehlbildung des Kindes der Schock einer unerwarteten schweren kindlichen Erkrankung erspart werden. U.a. wird die Eltern-Kind-Bindung möglicherweise weniger gestört (z.B. bei Gesichtsfehlbildungen).

Das ETS kann nicht nur die Wahrscheinlichkeit abschätzen, ob das Kind nach der Geburt eine Fehlbildung haben wird und ggf. zu einer besseren Versorgung dieser Fehlbildung beitragen.

Es schätzt auch die Wahrscheinlichkeit für **eine Störung während der SS** ab, wodurch beispielsweise bei Risikoschwangeren mit erhöhtem Risiko für Schwangerschaftshochdruck und /oder intrauteriner Mangelversorgung die Überwachung intensiviert werden kann. Hierdurch kann der optimalen Entbindungszeitpunkt unter Berücksichtigung auch der Frühgeburtlichkeit gewählt werden. Manchmal lässt sich auch durch eine Tabletteneinnahme von ASS 100 nach dem ETS das Risiko für diese besonderen Komplikationen um bis zu 80% senken. Das ETS gibt also auch eine Risikoabschätzung für SS-Komplikationen und ermöglicht unter Umständen die notwendige Hilfe schon im Mutterleib bzw. die rechtzeitige Abwendung der Gefahr durch eine frühzeitigere Entbindung. Zusammenfassend wird das **ETS bei den meisten Schwangeren** zu einer Beruhigung führen. Fast immer wird es das auch zu Recht getan haben, weil das Kind nach der Geburt gesund ist, (aber eben nicht immer).

Bei **einem kleinen Teil der Schwangeren** wird das ETS ein erhöhtes Risiko feststellen. Bei den meisten hiervon wird sich nach 8 Wochen zeigen, dass diese Beunruhigung zu Unrecht geschah.

Beim **kleineren Teil der Risikogruppe** wird die Beunruhigung sich als berechtigt erweisen. Es findet sich tatsächlich eine Auffälligkeit der Chromosomen oder eine Auffälligkeit beim Ultraschall.

Nach eingehender Beratung muss die Schwangere sich dann entscheiden: entweder für ein bewusstes Austragen der SS oder für einen Schwangerschaftsabbruch.

Nach dieser Aufklärung sollten Sie nun die Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen (gemäß GenDG) unterzeichnen können.

Sie wurden über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Untersuchung aufgeklärt.

Ebenso über die Risiken die mit der Kenntnis des Ergebnisses für sie und für ihr Kind verbunden sind, sowie die Risiken der Untersuchung für Sie (Ultraschall selbst und Blutentnahme gelten als unbedenklich) und ggf. für ihr Kind (die Gewebe - /Fruchtwasserentnahme zur Chromosomenuntersuchung hat ein Risiko von 0,5-1%). Diese wird nur bei einem kleinen Teil empfohlen, ggf. nach einer gesonderten Aufklärung und Zustimmung und kann selbstverständlich abgelehnt werden, auch wenn sie als Folge des ETS empfohlen werden sollte.

Es wurden ihnen die möglichen Konsequenzen, die sich für sie und für ihr Kind aus diesen Ergebnissen ergeben können erläutert.

Es wurde ihnen eine ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung in diese Untersuchung eingeräumt.

Ein Widerruf der Einwilligung ohne Angaben von Gründen ist Ihnen jederzeit möglich, Sie können jederzeit eine Vernichtung der Probe und der Unterlagen verlangen, ebenso können Sie entscheiden dass Ihnen das Ergebnis doch nicht mitgeteilt wird.

Das Gendiagnostikgesetz sieht die Vernichtung von Untersuchungsmaterialien nach der Befunderstellung vor. Befunde/Befunddokumentation sollen lt. Gesetz nach 10 Jahren vernichtet werden. Wenn Sie keine anderen Angaben tätigen, gehen wir wie vorgeschrieben vor.

Einer Weiterleitung des Untersuchungsauftrag an Dritte (mitbehandelnde Ärzte, Angehörige) müssen sie ausdrücklich zustimmen.



Eine Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes Untersuchungslabor beschränkt sich **zunächst auf die Bestimmung ihrer Blutwerte PAPP-A und HCG**. Danach wird die Blutprobe vernichtet.

Wir bitten sie um einen Verzicht auf die Automatik bei der Vernichtung. Bitte teilen Sie uns bitte ausdrücklich jederzeit mit, sobald sie die Vernichtung wollen, damit wir nicht darauf achten müssen, wann bei ihnen 10 Jahre abgelaufen sind um die Karteidaten und die Computerdaten dann automatisch zu löschen.

Weitergehende Informationen finden sie z.B. bei:

www.fetalmedicine.com

www.fmf-deutschland.info

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Individuelles Praxishandbuch 1.2.1 FB Anamnesebogen Ultraschall | Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 1 |
| | Frauenarztpraxis Holger H. Jost |  Qualitätsmanagement Arztpraxen |

Name.....Vorname.....Geburtsdatum.....

Beruf.....Telefonnummer.....

Adresse.....Zuweisender Arzt.....

Größe..... Gewicht aktuell.....Gewicht vor der Schwangerschaft.....

Kam die aktuelle Schwangerschaft per IVF zustande? Wenn ja, wann war die Punktion und wann der Transfer?

.....

Haben Sie bereits Kinder?

| Geburtstag | Geschlecht | Geburts- gewicht | Schwangerschafts- woche | Besonderes |
|------------|------------|---------------------|----------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Hatten Sie Fehlgeburten?.....

Wurden Sie schon einmal operiert?
(wann/woran).....

Haben oder hatten Sie ernsthafte oder chronische Krankheiten?.....

Haben Sie Allergien?.....

Leiden Sie aktuell an:

| | | |
|---------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| Diabetes/Schwangerschaftszucker | Bluthochdruck | Gerinnungsstörung Was spritzen Sie? In welcher Dosierung? |
|---------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------|

Hatten Sie in einer Ihrer Schwangerschaften eine „Schwangerschaftsvergiftung“ (Präeklampsie/Gestose) oder Einen Schwangerschaftszucker?

.....

Gab es in der Familie von Ihnen /Ihrem Mann Kinder, die mit angeborenen Fehlbildungen zur Welt kamen (Herzfehler, körperliche/geistige Behinderung?)

.....

.....

| | |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokumentennavigator | QEP - Praxishandbuch, Kapitel I Patientenversorgung, Rubrik: 1.2. Untersuchung und Diagnostik, 1.2.1 FB Anamnesebogen Ultraschall |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Datum: erstellt / von 19.02.2021 sk | Datum: geprüft / von 00.00.2019 Kürzel | Datum Freigabe / von PL 00.00.2019 Kürzel |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum/Abnahmezeit



7016202 003

Synlab GmbH
Fehlbildungsdiagnostik



Urinmenge Gewicht Körpergröße

_____ ml _____ kg _____ cm

Ausnahme Telefon- oder Fax-Nr.:
Unbedingt gewünschten Kommunikationsweg im Feld Ausnahme Kommunikation markieren

Vorwahl Nummer

_____/_____/_____

Barcode
hier
aufkleben

Patientendaten **Abrechnung - Patientenunterschrift auf der Rückseite erforderlich** **Blutentnahme: Tag / Uhrzeit**

weibl. Rechnung an Patienten

schwanger Gemeinsame Abrechnung über Verrechnungsstelle
(= Kombination Labor- u. Praxisleistungen)

Datum _____ / _____ Uhrzeit _____

Praxisleistungen – (GOÄ-Ziffer) – Preisvorschlag 2,3fach

| | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BERATUNG 1 (1) 10,72 | <input type="checkbox"/> ULTRASCHALL >3 Organe (4 10+3x420) 58,97 | <input type="checkbox"/> BLUTENTNAHME (250) 4,20 | Altern. Leistungen / Steigerungssätze (bitte GOÄ-Ziffer u. Faktor angeben) |
| <input type="checkbox"/> BERATUNG 2 (1) 10,72 | <input type="checkbox"/> BABY-FERNSEHEN (415) 40,22 | | |
| <input type="checkbox"/> BERATUNG 1 (3) 20,11 | <input type="checkbox"/> ULTRASCHALL TRANSKAV. (403) 15,74 | | |
| <input type="checkbox"/> BERATUNG 2 (3) 20,11 | <input type="checkbox"/> SONOGRAPHIE-FETUS (A1006) 110,75 | | |

_____ / _____ fach
_____ / _____ fach

Laborleistungen Preise gelten nur für Igelpatienten. Privatpatienten werden nach gültiger GOÄ berechnet.

Screening im 1. Trimenon

SSL 45 – 84 mm (SSW 11+0 bis 13+6)

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> PAPP / fr. β HCG | (T1M) | 28,17 |
| <input type="checkbox"/> PAPP / fr. β HCG + MOM | (T1OB) | 33,17 |
| <input type="checkbox"/> Kombinierte Risikoberechnung Nur FMF-zertif. Ärzte Bei Ersteinsendung bitte FMF-Zertifizierungsnummer angeben. | (T1DD) | 45,66 |
| <input type="checkbox"/> Alternative kombinierte Risikoberechnung nach Prof. Wald | (T1AA) | 45,66 |
| <input type="checkbox"/> GUTACHTEN ALLGEMEIN Statistische Auswertung ohne Biochemie | (T1GUT) | 17,49 |

Screening im 2. Trimenon

SSW 14+0 bis 18+6

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Quadruple-Untersuchung AFP, HCG, uE3, Inhibin A | (QUAD) | 67,36 |
| <input type="checkbox"/> Triple-Test AFP, HCG, uE3 | (TRIPL) | 48,71 |
| <input type="checkbox"/> AFP | (AFPM) | 14,57 |

Notwendiges Material: 1 ml Serum
Direkt nach Entnahme gerinnen lassen, dann zentrifugieren und vom Blutkuchen trennen. Probe sollte möglichst innerhalb 24h im Labor eintreffen. Für lange Transportwege oder Lagerung über das Wochenende tiefgefrieren (-20 Grad).

Integriertes Screening

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> 5 biochem. Parameter und NT | (INTSN) | |
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung PAPP-A (1. Bestimmung im 1. Trimenon) | | 13,60 |
| <input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung AFP, HCG, uE3, Inhibin A (2. Bestimmung im 2. Trimenon) | | 67,36 |
| <input type="checkbox"/> 5 biochem. Parameter (Serum integriertes Screening) | (INTSS) | |
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung PAPP-A (1. Bestimmung im 1. Trimenon) | | 13,60 |
| <input type="checkbox"/> Folgeuntersuchung AFP, HCG, uE3, Inhibin A (2. Bestimmung im 2. Trimenon) | | 67,36 |

Klinische Daten (zur 1. Blutentnahme)

1. Trimenon

Schwangerschaftswoche (SSW-T) nur nach US

Gewicht/Größe der Mutter kg/cm

Datum der Blutentnahme

SSL (45 – 84 mm) _____ mm

NT (Nackentransparenz) _____ mm

Nasenbein vorhanden fehlend

Datum der Ultrasch.-Unters.

Vorschwangerschaft mit Trisomie
TR21 TR18 TR13

IVF ja nein
Datum Eizellspende.....
Datum Konzeption.....

Raucherstatus Ztg. / Tag

Ethnische Abstammung

Parität

US-Untersucher

Einling JA NEIN

Gemini, Chorionzität: dichorial monochorial

Klinische Daten (zur 2. Blutentnahme)

2. Trimenon

Schwangerschaftswoche (SSW+T) nur nach US +.....

Gewicht der Mutter kg

Größe der Mutter cm

Datum der Blutentnahme

BPD (falls frühe SSL nicht verfügbar)

Datum US

Einling JA NEIN

Integriertes Screening

BPD

Datum US

Datum der 2. Blutentnahme

Sequentielles Screening
(Risiko nach Ersttrimester-Screening)

Datum der 2. Blutentnahme

Vorbefundnummer und / oder Datum der 1. BE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus formalen Gründen müssen wir Sie für IGeL-Leistungen (Wunscheleistungen) um die Unterzeichnung der folgenden Vereinbarung (siehe 1.) bitten. Sollten Sie auf der Vorderseite genetische Untersuchungen angefordert haben (Verfahren sind mit (G) gekennzeichnet), so benötigen wir eine zusätzliche Unterschrift unter die Einwilligung nach dem Gendiagnostikgesetz (2).

1. Vereinbarungen über private ärztliche Behandlung und Abrechnung von Leistungen

Auf eigene Kosten wünsche ich die Erbringung von ärztlichen Leistungen, die nicht vom Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenkasse umfasst werden. Ich bitte daher, die umseitig markierten Untersuchungen / Behandlungen bei mir durchzuführen und nach der jeweilig gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen.

Ich werde die Kosten selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch das Synlab MVZ Leinfelden GmbH oder eine privatärztliche Verrechnungsstelle (z. B. PVS bayern AG, Geschäftsstelle München) einverstanden. Mir ist bekannt, dass die durchgeführten Leistungen nach § 12 SGB V von der gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet werden müssen.

Der Auftrag kann nur mit gültiger Patientenunterschrift bearbeitet werden.

Achtung: Bei negativem Rh-Faktor und / oder positiven AK, sind laut Transfusionsordnung weitere kostenpflichtige Untersuchungen erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

2. Einwilligungserklärung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Aufgrund der bei Ihnen und / oder Ihren Angehörigen und / oder Ihrem Kind erhobenen Befunde ist es nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte möglich, dass bei Ihnen oder Ihrem Kind eine Veränderung (Mutation oder Variante) des Erbgutes besteht, die entweder bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder möglicherweise in Zukunft zu einer Erkrankung führen kann. Viele Veränderungen des Erbgutes lassen sich durch Untersuchung einer Blutprobe nachweisen. Für alle genetischen Untersuchungen gilt, dass Sie **vorher** von Ihrem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der jeweiligen Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht). Sie haben jederzeit Anspruch, sich über die Erkrankung bzw. das Ergebnis einer genetischen Untersuchung in Rahmen einer genetischen Beratung zu informieren. Bei der Untersuchung gesunder Risikopersonen (prädiktive Diagnostik, z.B. bei neurodegenerativen Erkrankungen oder erblichen Krebserkrankungen) muss vor und nach Abschluss der Untersuchung eine **genetische Beratung** erfolgen. Sie können schriftlich auf diese Beratung verzichten, wenn Sie vorher schriftlich über die Beratungsinhalte aufgeklärt wurden.

Mit Ihrer nachstehenden Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussagekraft und Konsequenzen der unten genannten Untersuchung aufgeklärt wurden,
- Ihnen ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die unten genannte Untersuchung eingeräumt wurde,
- Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen können, die Untersuchung abgebrochen und nur die bis dahin erbrachte Leistung abgerechnet wird,
- Sie mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial einverstanden sind.

Untersuchungen siehe Markierung auf der Vorderseite.

Der Befund soll zusätzlich an folgende Ärzte weitergeleitet werden: Name und Adresse

Das GenDG schreibt eine **sofortige Vernichtung des Probenmaterials** nach der Untersuchung vor. Für eine längere Probenaufbewahrung (z.B. bei Stufendiagnostik, schwieriger Blutabnahme bei Kindern etc.) muss Ihr ausdrückliches Einverständnis vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Untersuchungsergebnisse länger als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre aufbewahrt werden sollen (z.B. für Familienuntersuchungen von vererbten Erkrankungen). Die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags ist ebenfalls zustimmungspflichtig. Auch eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an Dritte (z.B. mitbehandelnde Ärzte, Angehörige) erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht, von der Sie uns nur schriftlich entbinden können.

Aufbewahrung des Probenmaterials zum Zweck der einer ggf. erforderlichen gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführender genetischer Untersuchungen zur Diagnosefindung

einverstanden nicht einverstanden

Aufbewahrung des Probenmaterials für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke (nicht Zutreffendes bitte streichen). Für die kontinuierliche Überprüfung der Zuverlässigkeit der Ersttrimesteruntersuchung bitten wir um Ihr Einverständnis in diesem Punkt.

einverstanden nicht einverstanden

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus

einverstanden nicht einverstanden

Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor

einverstanden nicht einverstanden

Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an Ihre mitbehandelnden Ärzte (z.B. humangenetische Beratungsstellen, medizinische Kooperationseinrichtungen)

einverstanden nicht einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)