

	<b>Einwilligung Neugeborenencreening</b>	Ansprechpartner: Dr. K. Gbur	
Geltungsbereich: Frauenheilkunde, Geburtshilfe	<b>Patienteninformation</b>	157063	17-FRAUEN, 17-GEB

## Einwilligungserklärung zur Durchführung des Neugeborenencreenings zur Prävention angeborener Erkrankungen

Ich wurde über das Neugeborenencreening auf angeborene Hormon-, Stoffwechsel-, Hörstörungen und das Screening auf Mukoviszidose gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) informiert. Die Elterninformationen habe ich erhalten und gelesen. Über Möglichkeiten und Grenzen dieser Untersuchungen erfolgte eine Aufklärung-, insbesondere darüber, dass beim Neugeborenencreening auffällige Ergebnisse keine Diagnose bedeuten, sondern dann weitere Untersuchungen zur Abklärung erfolgen. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu allen empfohlenen Screening-Untersuchungen zu stellen. Weiterhin wurde mir ausreichend Bedenkzeit eingeräumt. Mir ist bekannt, dass einzelne von mir oder meinem Kind erhobene Daten zum Zweck der schnellen Bearbeitung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Ich erkläre mein Einverständnis mit der Durchführung der empfohlenen Früherkennungs-Untersuchungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bei meinem Kind.**

Folgende Untersuchungen sollen **nicht** durchgeführt werden:

- Erweitertes Screening auf angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen
- Screening auf Mukoviszidose
- Neugeborenen-Hörscreening
- Ich lehne alle empfohlenen Screening-Untersuchungen ab

### Aufbewahrung von Restblutproben

Ich bin mit der Aufbewahrung von überschüssigem Probenmaterial für 12 Monate einverstanden.

- Ich lehne die Aufbewahrung von Restblutproben ab.

Ich bin mit der Anonymisierung von Restblutproben nach 12 Monaten und deren anschließende Verwendung für wissenschaftliche Zwecke einverstanden.

- Ich lehne die wissenschaftliche Verwendung von anonymen Restblutproben ab.

\_\_\_\_\_  
Name des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Kopie der Einwilligung erhalten:

\_\_\_\_\_