

**Patientin**

Nachname
Vorname
Geburtsdatum
ID

Ersttrimesterscreening mit individueller Risikoeinschätzung für das Vorliegen einer Trisomie 21, 18, 13 und Präeklampsie.  
 Die Risikoeinschätzung für Trisomien erfolgt anhand der maternalen Parameter Alter, Serumwerte von  $\beta$ -HCG und PAPP-A sowie der sonografisch ermittelten fetalen Größe, Nackentransparenz und weiterer Marker.  
 Die Risikoeinschätzung für die Entwicklung einer Präeklampsie erfasst außerdem den mütterlichen Blutdruck und Serumwert für plGf sowie die Dopplersonografie der Aa. uterinae.

Gemessener Blutdruck:

**Einwilligung der Patientin**

Im Sinne des Gendiagnostik-Gesetzes (§ 3) ist vorgeburtliche Risikoeinschätzung eine Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll.

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der vorgeburtlichen Risikoeinschätzung wurde ich von der/dem verantwortlichen Ärztin/Arzt ausführlich aufgeklärt.

Ich willige in diese Untersuchung ein und wünsche die differenzierte sonographische Diagnostik in der 12.-14. Woche, die Messung der Nackentransparenz (nuchal scan), die Untersuchung der Serumwerte PAPP-A und freies  $\beta$ -hCG und die Berechnung der Wahrscheinlichkeiten für das Vorliegen einer Trisomie 21, 18, 13 und die Berechnung des Risikos für Präeklampsie

Den Befundbericht und ausgewählte Bilder sollen folgende Personen erhalten:

ich selbst:  Ja  Nein

und mein/e Frauenärztin/-arzt:

und ggf. weitere Ärzte:

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten und Befunde über die 10-Jahresfrist hinaus einverstanden.  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder, Daten etc. in anonymisierter Form für die Rezertifizierung bei FMF und DEGUM, interne Audits sowie für wissenschaftliche Arbeiten (Publikationen, Vorträge Vorlesungen auf Kongressen sowie im Rahmen der universitären Lehrtätigkeit und zu Ausbildungszwecken) verwendet werden.  Ja  Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.  Ja  Nein

Ärztliche Dokumentation zur Aufklärung:


Datum	Unterschrift der Patientin/des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift der Ärztin/Arzt die/der das Aufklärungsgespräch geführt hat
	X	X

**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Prof. Dr. med. Barbara Schiessl  
 Dr. med. Anne Janke  
 Dr. med. Anna Funk  
 Dr. med. Daniela Bayer  
 PD Dr. med. Julia Jückstock

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
 Dr. med. univ. Niklas Hirschberger  
 Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
 Daniela Liebrecht  
 Dr. med. Katja Gahle  
 Dr. med. Franziska Reschke

**Friends Tower I**  
 Friedenheimer Brücke 19  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin  
 T: +49 89 130744-0  
 F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**  
 82152 Planegg  
 NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
 Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
 Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**  
 Viktoriastraße 3b  
 86150 Augsburg  
 T: +49 821 7898-5042  
 F: +49 821 7898-5001  
 info@humangenetik-in-augsburg.de