

Einwilligungserklärung

zur Durchführung des Neugeborenen Screenings zur Prävention angeborener Krankheiten

Patientenaufkleber

Name, Vorname, geb.

Ich wurde über das **Neugeborenen Screening auf angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen** gemäß Gendiagnostikgesetz und Kinderrichtlinie aufgeklärt, habe das Informationsblatt erhalten und gelesen und stimme nach ausreichender Bedenkzeit dieser Maßnahme bei meinem neugeborenen Kind zu. Die Zustimmung umfasst auch die Übermittlung der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten an das Screening-Labor.

Das Neugeborenen Screening stellt eine Präventionsmaßnahme dar, um irreversible Schäden bei (seltenen) Erkrankungen zu verhindern. Initial auffällige Ergebnisse sind nicht als Diagnose anzusehen, sondern bedürfen weiterer Abklärung. Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei einem auffälligen Befund durch meinen Arzt oder direkt durch das Screening-Labor kontaktiert werde.

Ich hatte Gelegenheit, zu den Screening-Untersuchungen und dem allgemeinen Vorgehen Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden kann. Mit diesem Vorgehen bin ich **einverstanden** und stimme dem Screening bei meinem Kind zu.

ja nein

Ich bin ferner **damit einverstanden**, dass im Falle der Einsendung der Blutprobe durch eine Hebamme/einen Geburtshelfer der Befundbericht an diese Hebamme/diesen Geburtshelfer gesandt wird, um ihn an den/die betreuende/n (Kinder)arzt/ärztin weiterzuleiten.

ja nein

Ich bin **damit einverstanden**, dass Restblutproben zur Qualitätssicherung und zum Zwecke späterer Nachprüfbarkeit der Ergebnisse über einen Zeitraum von 12 Monaten nach Laboreingang aufbewahrt werden. Bei 'nein' wird die Probe nach Erstellung des Befundes vernichtet.
(Dies muss auch auf der Screeningkarte vermerkt werden !).

ja nein

Ich bin **damit einverstanden**, dass die *anonymisierte* Probe zur Weiterentwicklung der medizinischen Diagnostik, zur Qualitätssicherung oder zu ähnlichen wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden kann.
(Bei 'nein' muss dies auch auf der Screeningkarte vermerkt werden !)

ja nein

Name des Sorgeberechtigten

Datum

Unterschrift

Name des aufklärenden Arztes

Datum

Unterschrift