



Frauenärzte /Ärztin

**Dr. med. Annette Reuss | Dr. med. Sven Feldmann
Dr. med. Orélie Bartling | Dr. med. Heiko Löser
und KollegInnen**

Willy-Brandt-Platz 4 - 45127 Essen
Tel. 0201 2400700 - Fax 0201 2400701
info@praxiscentral.de - www.praxiscentral.de

PATIENTENAUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ÜBER BEFUNDÜBERMITTLUNG

Hiermit bestätige ich durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich meine(n) Befund(e)

per Telefon _____
(Telefonnummer mit Vorwahl)

per Fax _____
(Faxnummer mit Vorwahl)

per E-Mail _____
(E-Mail-Adresse)

per Post _____

(Anschrift nur wenn abweichend von o. g.)

mitgeteilt haben möchte.

Ich werde hiermit auch gleichzeitig darüber in Kenntnis gesetzt, dass durch die Praxis Central bei der Befundübermittlung per Fax nicht gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechtigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt.

Durch das Ausfüllen und die Unterschrift dieser Einwilligung verliere ich alle Rechtsansprüche gegen die Praxis Central, falls meine personenbezogenen medizinischen Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. in jeglicher Hinsicht missbraucht werden.

Ort, Datum

Unterschrift



Frauenärzte /Ärztin

**Dr. med. Annette Reuss | Dr. med. Sven Feldmann
Dr. med. Orélie Bartling | Dr. med. Heiko Löser
und KollegInnen**

Willy-Brandt-Platz 4 - 45127 Essen
Tel. 0201 2400700 - Fax 0201 2400701
info@praxiscentral.de - www.praxiscentral.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Zytologie*
- Pathologie*
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*

Mit einer generellen Daten-/Befundübermittlung an meinen Hausarzt bin ich jedoch nicht einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Bescheinigungen von Dritten abgeholt werden dürfen, wenn meine Versichertenkarte ohne eine Vollmacht vorgelegt werden kann.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass auch folgenden Personen Auskunft über meine Daten erteilt werden darf (z.B. Ehemann, Mutter, etc.):

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

Einwilligungserklärung

(nach Gendiagnostikgesetz)

Zur Durchführung einer genetischen Untersuchung nach dem Gendiagnostikgesetz durch die Praxis Central.

Vorgesehene Untersuchung:

1. Frühes Ultraschallscreening (1. Trimenon): Es handelt sich bei dieser Untersuchung nicht um eine Untersuchung des Erbguts Ihres Kindes.
2. Punktion: (Amniozentese = Fruchtwasser)
(Chorionzottenbiopsie = Mutterkuchenentnahme)
3. Weiterführende Ultraschalluntersuchung (Organdiagnostik, Feindiagnostik, Fehlbildungsschall)
4. Untersuchung ffDNA (Panorama, Harmony, PraenaTest, Fetalis)

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung bei mir. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert, auch wurde mir eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung über die Praxis Central erfolgt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchung im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Ärzte ebenfalls eine Befundmitteilung erhalten:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Central über den Ablauf der Schwangerschaft und das Outcome informiert werden darf.

Essen, _____
Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift der aufklärenden Ärztin

Gendiagnostik-Gesetz

Sehr geehrte Patientin,

im Juli 2009 wurde das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen zum Schutz der Würde des Menschen und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung vom Bundestag verabschiedet und im Bundesgesetzblatt Nr. 50 vom 04. August 2009, Seite 2529 (www.bundesgesetzblatt.de) veröffentlicht. Das Gesetz ist ab dem 01. Februar 2010 gültig.

Die angeforderte Analyse unterliegt dem Gendiagnostik-Gesetz. Eine ausführliche Beratung des Arztes wurde durchgeführt. Hiermit stimme ich der Probeentnahme und der Untersuchung nach dem Gendiagnostik-Gesetz zu. Ich bin einverstanden, dass die Probe und das Ergebnis in der Praxis aufbewahrt wird und ein zusätzliches Schreiben mit dem Ergebnis an meine behandelnde(n) Ärztin/Arzt geschickt wird. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl meiner(m) Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Bis zur Entscheidung wurde mir eine ausführliche Denkzeit eingeräumt.

Ich bin mit der Durchführung der folgenden Untersuchung einverstanden:

Frühes Ultraschallscreening (1. Trimenon)

NichtInvasiverPraenaTest (NIPT)

Angaben zur Person:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nikotin: ja ____ / pro Tag (wie viel?) nein

Bekannte Diabetes? ja nein

Essen, _____
Datum

Unterschrift Patientin