



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

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.

Information über Pränataldiagnostik

Ultraschalluntersuchung

Ziel der Ultraschalluntersuchung ist die Feststellung oder der Ausschluss von strukturellen fetalen Fehlbildungen.

Mit strukturellen fetalen Fehlbildungen ist nicht nur eine bestimmte Fehlbildung gemeint, sondern viele verschiedene Typen von Fehlbildungen, die in unterschiedlichen Phasen der Schwangerschaft entstehen oder erkennbar werden können. Die Mehrzahl der Entwicklungsstörungen entsteht in den ersten 12 Schwangerschaftswochen, werden aber erst im späteren Verlauf der Schwangerschaft erkennbar. Ab der 14. Schwangerschaftswoche kann ein großer Teil der Strukturabnormalitäten festgestellt werden. Eine zweite Ultraschalluntersuchung nach der 20. SSW ist empfehlenswert zur Feststellung von Fehlbildungen in kleineren, sowie schwierig beurteilbaren Organsystemen (z. B. Herz, Nieren).

Trotz guter Gerätequalität, Sorgfalt und Erfahrung des Untersuchers können jedoch nicht alle Fehlbildungen und Veränderungen mit völliger Sicherheit erkannt werden. Die Untersuchungsbedingungen in der Schwangerschaft können durch eine geringe Fruchtwassermenge, eine für die Betrachtung ungünstige fetale Lage oder eine kräftige mütterliche Bauchdecke erschwert sein, so dass der Fetus nicht immer optimal beurteilt werden kann.

Auch bei erweiterten Ultraschalluntersuchungen, die über die routinemäßige Diagnostik hinausgehen und meist um die 20. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, ist es möglich, dass kleinere Defekte nicht erkannt werden (z. B. ein Loch in der Herzscheidewand, eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, kleinere Defekte im Bereich der Wirbelsäule, Finger- und Zehenfehlbildungen, u. a.).

Chromosomenstörungen (Veränderungen der Anzahl oder des Aufbaus der Erbträger), sowie Stoffwechselerkrankungen, Krampfleiden, geistige Störungen und Intelligenzmängel können mit Ultraschall nicht erkannt werden.

Die Ultraschalluntersuchung ist ein praktisch nebenwirkungsfreies Verfahren. Schädigungen der mit Ultraschall untersuchten Kinder sind unbekannt.

Ich bin über die Ultraschalluntersuchung aufgeklärt und habe die Information verstanden.

Essen, _____

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin

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