

Anforderung nach §7 / §8 GenDG

Ich habe die Patientin auf der Basis meiner spezifischen Qualifikation genetisch beraten und erbitte gem. §7 GenDG ihre pränatale genetische Untersuchung mit dem gravviti-Test beim MVZ Düsseldorf-Centrum GbR. Die Patientin wurde von mir über die Möglichkeiten und Grenzen des gravviti-Tests aufgeklärt. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabschätzung (Trisomie 21, 18, 13) und soll an der eingesandten Blutprobe erfolgen. Eine Einverständniserklärung der Patientin liegt vor.

Ort, Datum

Name aufklärende Ärztin:Arzt in Klarschrift

Unterschrift aufklärende Ärztin:Arzt

Patienteneinwilligung zur Durchführung des gravviti-Test gemäß §7 / §8 GenDG

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der gravviti-Test aus meiner Blutprobe durchgeführt wird. Ich bestätige, durch meine Ärztin:Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) ausführlich beraten und über Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Dabei hatte ich ausreichend Zeit und Gelegenheit offene Punkte anzusprechen. Mir wurde erläutert, dass es sich beim gravviti-Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass entsprechend des GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber der Ärztin:Arzt widerrufen kann. Im Fall eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

Abrechnung (Privat/ Selbstzahler)

* Mir ist bekannt, dass ich für die von mir gewünschte Analyse, sowie damit verbundene ärztliche Leistungen (Blutentnahme, Beratung und Gutachtenerstellung) eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalte und unabhängig von einer Kostenerstattung meiner Krankenkasse zur Kostenübernahme verpflichtet bin.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

