


EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Screeningzentrum Sachsen
**Institut für Laboratoriumsmedizin,
Klinische Chemie und Molekulare
Diagnostik (ILM)**

Direktor: Prof. Dr. med. Berend Isermann

Ich habe das Informationsblatt des Screeningzentrums Sachsen erhalten und wurde in einem Gespräch über das Erweiterte Neugeborenencreening und Mukoviszidose-Screening aufgeklärt. Das Screeningzentrum Sachsen (Leitung Prof. Dr. med. Berend Isermann) ist eine Kooperation der Universitätskliniken Leipzig und Dresden. Partner am Standort Leipzig sind das Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, das Institut für Humangenetik sowie die Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Ich wurde auf die beschriebenen diagnostischen Risiken, auf daraus ggf. erforderliche weitere Untersuchungen meines Kindes sowie auf mögliche negative Folgen einer Ablehnung hingewiesen und konnte Fragen stellen.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung, der Verarbeitung der hierfür vorgesehenen Angaben und im Falle eines auffälligen Befunds mit der Befundübermittlung durch das Screeningzentrum Sachsen einverstanden. Auch bin ich im Falle eines auffälligen Befunds einverstanden mit der Befundweitergabe an eine von mir noch auszuwählende spezialisierte Einrichtung, in der die Abklärungsuntersuchung durchgeführt werden kann, sowie mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an diese zum Zweck der Kontaktaufnahme mit mir.

Wenn sich das Kind noch im Krankenhaus befindet, darf ein auffälliger Befund der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt im Krankenhaus durch das Screeningzentrum Sachsen übermittelt werden.

Im Falle eines nicht abgeklärten auffälligen Befunds sowie einer fehlenden Zweitscreeningkarte bin ich mit der Kontaktaufnahme durch das Screeningzentrum Sachsen zwecks Erinnerung einverstanden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich im Zuge einer Mitteilung eines auffälligen Befunds am Telefon durch das Screeningzentrum Sachsen über das weitere mögliche Vorgehen informiert werde.

In diesem Gespräch werde ich um Einwilligung in die

1. Befundweitergabe an eine eventuell im Krankenhaus behandelnde Ärztin oder behandelnden Arzt
2. Befundweitergabe an eine von mir dann auszuwählende spezialisierte Einrichtung und
3. Kontaktaufnahme derselben mit mir sowie die Kontaktaufnahme des Screeningzentrums Sachsen zwecks Erinnerung gebeten.

Das Screeningzentrum Sachsen darf mich bei auffälligen Befunden direkt kontaktieren. Das Ergebnis der Untersuchung darf an mit- und weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. Das Ergebnis der Abklärungsdiagnostik des Kindes darf von der spezialisierten, pädiatrischen Einrichtung an das zuständige Screeninglabor zum Zweck der Qualitätssicherung übermittelt werden. Die Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes werden dabei strikt eingehalten. Das Probenmaterial wird nach einem Zeitraum von 3 Monaten bzw. nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet. Die Teilnahme an diesen Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig, die Zustimmung hierzu kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann jederzeit schriftlich an die Kontaktstelle Screeningzentrum Sachsen, Paul-List-Straße 13/15, 04103 Leipzig erfolgen. Bei Widerruf erhalte ich eine schriftliche Bestätigung. Zusätzlich werden bei Widerruf sämtliche Proben vernichtet und die Untersuchungsergebnisse gelöscht.

☐ **Ich wünsche die Durchführung des Erweiterten Neugeborenencreenings inklusive Mukoviszidose bei meinem Kind.**

Ich **willige** in die erforderliche Blutentnahme und in die Laboruntersuchung auf die in dem Informationsblatt genannten Erkrankungen und oben genannten Bedingungen ein.

Ich stimme einer Übermittlung diesbezüglicher personenbezogener Daten an das Screeningzentrum Sachsen zum Zweck der Befunderstellung zu.

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mindestens eines Elternteils* / des gesetzlichen Vertreters

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift des aufklärenden Arztes

ABLEHNUNG ERWEITERTES NEUGEBORENENSCHREENING

☐ Ich stimme der Durchführung des Erweiterten Neugeborenencreenings bei meinem Kind **NICHT** zu.

Ich wurde in einem Gespräch auf mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hingewiesen (unentdeckte Erkrankungen, die zu dauerhafter Behinderung oder auch zum frühzeitigen Tode führen können).

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mindestens eines Elternteils* / des gesetzlichen Vertreters

*Mit der Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser gleichzeitig, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

ABLEHNUNG MUKOVISZIDOSESCHREENING

☐ Ich stimme der Durchführung des Mukoviszidosescreenings bei meinem Kind **NICHT** zu.

Ich wurde in einem Gespräch auf mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hingewiesen (unentdeckte Erkrankung, die zu dauerhafter Behinderung oder auch zum frühzeitigen Tode führen kann).

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mindestens eines Elternteils* / des gesetzlichen Vertreters

*Mit der Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser gleichzeitig, dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt bzw. das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

HINWEIS: Für den Verbleib in der Patientenakte!
Informationsblatt und Kopie der Einverständniserklärung an Personensorgeberechtigten aushändigen!