

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Ich habe das Informationsblatt erhalten und wurde in einem Gespräch über das Erweiterte Neugeborenencreening inklusive Mukoviszidose aufgeklärt. 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 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 ein.

Ich stimme einer Übermittlung diesbezüglicher personenbezogener Daten an das Screeningzentrum Sachsen zum Zweck der Befunderstellung zu. Das Screeningzentrum Sachsen darf mich bei auffälligen Befunden direkt kontaktieren. Das Ergebnis der Untersuchung darf an mit- und weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben 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. Bei Widerruf werden sämtliche Proben vernichtet und die Untersuchungsergebnisse gelöscht.

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift der Eltern* / 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 der Eltern* / 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 der Eltern* / 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!**