

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Neugeborenen-Früherkennungsuntersuchungen

NAME: _____

STRASSE: _____

PLZ/ORT: _____

Wir stimmen der Untersuchung unseres Kindes im Hinblick auf die genannten Erkrankungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings sowie der Datenübermittlung an das Screeninglabor zu. Über die Untersuchung und die dazu notwendige Blutentnahme wurden wir von

Herrn / Frau / Dr. _____

aufgeklärt, auf Risiken und Alternativen hingewiesen und konnten Fragen dazu stellen. Uns ist bewußt, dass mit der Untersuchung auch eine Datenübermittlung an das Labor erfolgt. Wir stimmen zu, bei auffälligen Befunden direkt durch das Screeningzentrum Sachsen informiert zu werden. Die Vorgaben der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes werden dabei strikt eingehalten.

Die Teilnahme am Neugeborenen Screening ist freiwillig.

Das Ergebnis der Untersuchung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
Ihr Einverständnis umfasst nur die genannten Zielerkrankungen.

EINWILLIGUNG

ERWEITERTES NEUGEBORENIENSCREENING

Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Unterschrift _____

EINWILLIGUNG MUKOVISZIDOSESCREENING

Die Kosten werden vom Universitätsklinikum Dresden sowie aus Spenden finanziert.

Unterschrift _____

Ort/Datum _____

HINWEIS: Zum Verbleib in der Patientenakte!

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Neugeborenen-Hörscreening

Wir stimmen der Durchführung eines Hörtests bei unserem Kind _____

im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings zu. Wir sind ebenfalls damit einverstanden, dass Daten an die Projektstelle Hörscreening an der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Dresden übermittelt und dort gespeichert werden. Die Einwilligung zur Datenspeicherung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich unter Angabe des Namens Ihres Kindes an die Trackingstelle zu richten.

Wir stimmen zwar der Untersuchung zu, lehnen aber eine Datenübermittlung ab.

Bitte **beachten Sie**, dass Sie bei auffälligen Befunden **selbst auf die Durchführung der Kontrolluntersuchung achten** müssen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Wir lehnen die Durchführung eines Hörtests bei unserem Kind _____

im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings ab. Über eventuelle gesundheitliche Folgen wurden wir aufgeklärt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

HINWEIS: Zum Verbleib in der Patientenakte!