



# RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Humangenetik

Prof. Dr. med. Jörg Thomas Epplen  
Universitätsstraße 150, 44780 Bochum



Mit meiner umseitigen Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass das bei mir  
.....

(Name und Geburtsdatum in Druckschrift)

entnommene Fruchtwasser (bzw. Gewebe aus dem kindlichen Anteil des Mutterkuchens) auf genetische Veränderungen zur Abklärung des umseitig genannten Krankheitsbilds / genetischen Risikos untersucht wird. Ebenso erkläre ich, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, die sich aus dem Befund ergeben, aufgeklärt worden bin. Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung wurde ich informiert.

Ich bin mit der Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für eventuelle Zusatzuntersuchungen (auch wissenschaftlicher Art) ohne zeitliche Befristung einverstanden (laut Gendiagnostik-Gesetz muss die Probe sonst nach Beendigung der Untersuchung vernichtet werden).

Meine Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung, auf meine Anforderung hin, an andere Personen (Familienangehörige oder weitere behandelnde Ärzte) weitergegeben.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen in Papierform sowie in elektronischer Form über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert/aufbewahrt (z.B. für Familienuntersuchungen) und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufbar, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

**WICHTIG:** Nicht zutreffende Passagen können gestrichen werden.

Diese Information ist auch über die Internetseite ([www.rub.de/mhg](http://www.rub.de/mhg)) abrufbar.

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versichertennummer		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

## Begutachtungsauftrag pränatale Zytogenetik

**Absender:**

Ruhr-Universität Bochum  
 Humangenetik  
 z.H. Herrn Dr. med. Wieczorek  
 MA 5/136 Nord  
 D-44801 BOCHUM  
 Tel.: 0234-32-25600  
 Fax: 0234-32-14196

**Untersuchungsgut entnommen am:** .....

**Fruchtwasser:** FW-Menge: ..... ml  **anderes:** .....

FW-Farbe:  normal  blutig

Anzahl der Punktionen: .....

Diaplacental:  ja  nein

Komplikationen: .....

**Indikation:**  maternales Alter  auffälliges Ersttrimesterscreening  Serum-AFP  sonst.

**Angaben zur Schwangerschaft:** letzte Regel: ..... aktuelle SSW rechn.: ..... nach US: .....

**Auffälligkeiten im Ultraschallbefund:** .....

.....

.....

**Erkrankungen (insb. Virus-Infektionen):** .....

.....

.....

**Anamnestische Angaben:** Geburten: ..... Grav. insges.: .....

Aborte: ..... Totgeburten: .....

Fehlbildungen: .....

**Einverständniserklärung:** Die Erläuterungen auf der Vorderseite habe ich gelesen und bin einverstanden. Nicht zutreffende Passagen sind gestrichen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Überweisende/r Ärztin/Arzt:** .....

.....

.....

.....

.....

**Abrechnung über**  anfordernde Klinik  
 Privat (bitte Rechnungsadresse angeben)  
 Überweisungsschein (Muster 6)

..... / .....

Datum                      Unterschrift des Arztes                      Name in Blockbuchstaben                      Telefon                      / Fax