

Anlage 2

zum Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik
Bestätigung über die erfolgte ärztliche Aufklärung und Beratung zu den
medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der gewünschten genetischen
Untersuchung von Zellen eines Embryos

§ 3a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Embryonenschutzgesetz
§ 3 Absatz 2 Nr. 3 Präimplantationsdiagnostikverordnung

Hiermit bestätige ich, dass

Frau _____ geb. am _____

und Herr* _____ geb. am _____

umfassend über die medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der mit einer Präimplantationsdiagnostik verbundenen Maßnahmen aufgeklärt und beraten wurde/n*. In den Fällen des § 3a Absatz 2 Satz 1 Embryonenschutzgesetz wurde/n* Sie auch über die Art und Schwere des Krankheitsbildes und bestehende Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Sie wurde/wurden* insbesondere aufgeklärt und beraten über

_____ (ggf. weitere Blätter verwenden und unterzeichnen)

Diese Beratung wurde von ihr/ihnen* verstanden. Ihre Fragen wurden umfassend beantwortet. Darüber hinaus versichere ich, dass ich nicht selbst die mit der Präimplantationsdiagnostik verbundenen Maßnahmen durchführen werde.

Ort, Datum
**ggf. streichen*

Unterschrift der Ärztin / des Arztes
[Stempel der Praxis]

PID-Zentrum München

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder, PD Dr. med. Angela Abicht
Fachärztinnen für Humangenetik, MVZ

Zugelassenes Zentrum für Präimplantationsdiagnostik des MGZ – Medizinisch Genetischen Zentrums
Bayerstraße 3 - 5 • D-80335 München • Tel. +49 89 30 90 886 - 0 • Fax +49 89 30 90 886 - 66
www.pid-zentrum.de • info@pid-zentrum.de • Deutsche Apotheker- und Ärztebank • Kto. 000 669 52 13 • BLZ 300 606 01
IBAN DE96 3006 0601 0006 6952 13 • SWIFT DAAEDEDXXX • USt.-ID DE288087570

PID-Anlage-2-2018-01

