

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geboren am
Kassennummer	Versichertennummer		Status			
Vertragsarztnummer	VK gültig bis		Datum			

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode



## Einwilligung zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik

Wir wurden ausführlich über den Ablauf, die Möglichkeiten und Grenzen der Präimplantationsdiagnostik (PID) aufgeklärt. Eine Kopie der Information zur Präimplantationsdiagnostik haben wir erhalten und verstanden. Die Möglichkeiten, Grenzen und Risiken der Präimplantationsdiagnostik haben wir verstanden. Wir haben derzeit keine weiteren Fragen.

- Wir wurden darüber informiert, dass wir die Entscheidung zur Diagnostik jederzeit widerrufen können und die Untersuchungskosten, die bis zum Widerruf angefallen sind, zu tragen haben.
- Wir wurden darüber aufgeklärt, dass eine erfolgreiche Etablierung und Durchführung einer Diagnostik sowie der Eintritt einer Schwangerschaft und die Geburt eines gesunden Kindes nicht garantiert werden können.
- Zur Befundsicherung nach eingetretener Schwangerschaft wird in jedem Fall eine Pränataldiagnostik (Fruchtwasseruntersuchung) empfohlen.
- Uns wurde die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen zugesichert. Der Umgang mit Gesundheitsinformationen als besonders schützenswerte personenbezogene Daten (§ 3 Abs. 9 BDSG) bedarf unserer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

Zufallsbefunde (siehe Patienteninformation zur Präimplantationsdiagnostik):

Mitteilung gewünscht  Ja  Nein

Wir hatten ausreichend Bedenkzeit, haben alle oben genannten Punkte verstanden und erklären hiermit aus freiem Willen unser Einverständnis zur Durchführung der Diagnostik.

Name (Frau) \_\_\_\_\_ Name (Mann) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärender Arzt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

## 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 DAAEEDDXXX • USt.-ID DE288087570



PID-EVE-2018-01