

## Einwilligungserklärung Neugeborenencreening

Wenn Sie bei Ihrem Kind das Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten/Hormonstörungen und auf Mukoviszidose durchführen lassen möchten, unterschreiben Sie bitte auf dieser Seite.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(oder Klebeetikett)

- Ich habe das Informationsmaterial zum Neugeborenencreening erhalten und bin ausreichend aufgeklärt.
- Ich bin mit der Durchführung des Neugeborenencreenings auf angeborene Stoffwechselkrankheiten/Hormonstörungen und Mukoviszidose bei meinem Kind und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden.
- Für den Fall, dass sich ein abklärungsbedürftiger Befund des Neugeborenencreenings ergibt, bin ich mit der Datenübermittlung durch das weiterbetreuende Zentrum an das Screeningzentrum Heidelberg bis zur Abklärung der Befunde einverstanden (Datenübermittlung Tracking).
- Ich wurde über die Notwendigkeit einer Zweituntersuchung bis spätestens \_\_\_\_\_ (Datum) aufgeklärt. (Eine Zweituntersuchung ist nur bei wenigen Kindern notwendig.)
- Ich lehne das Neugeborenencreening für mein Kind ab. Ich wurde auf die möglichen negativen Folgen für mein Kind hingewiesen (unentdeckte Krankheit, die zu Behinderung und Tod führen kann).

---

*Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten*

---

*Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift des aufklärenden Arztes gemäß § 8 Abs. 1 GenDG*

Wenn Sie nur einzelne Untersuchungen bei Ihrem Kind durchführen lassen wollen, füllen Sie bitte die Erklärung auf der Rückseite aus und unterschreiben dort.

**Diese Einverständniserklärung verbleibt beim Einsender der Probe.**

**Die Zustimmung zum Neugeborenencreening bzw. Ablehnung einzelner Teilbereiche des Screeningprogrammes muss auf der Filterpapierkarte für das Neugeborenencreening in den vorgesehenen Feldern vermerkt werden.**



Wenn Sie **allen** angebotenen Untersuchungen zustimmen, unterschreiben Sie bitte die Einwilligungserklärung auf der Rückseite.

**Nur wenn Sie dem Screeningprogramm nicht vollständig zustimmen möchten, füllen Sie bitte diese Seite aus.**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
(oder Klebeetikett)

Ich wurde über das Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten/Hormonstörungen und das Neugeborenencreening auf Mukoviszidose aufgeklärt. Ich wurde auf die möglichen negativen Folgen für mein Kind bei Ablehnung einzelner Teilbereiche des Neugeborenencreenings hingewiesen.

### Differenzierte Einwilligungserklärung

(Bitte unterschreiben Sie bei jedem Punkt, dem Sie zustimmen.)

Ich bin mit der Durchführung folgender Untersuchungen und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden:

- Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten- und Hormonstörungen (Seite 2-3)

---

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

- Neugeborenencreening auf Mukoviszidose (Seite 5-6)

---

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

- Für den Fall, dass sich ein abklärungsbedürftiger Befund des Neugeborenencreenings ergibt, bin ich mit der Datenübermittlung durch das weiterbetreuende Zentrum an das Screeningzentrum Heidelberg bis zur Abklärung der Befunde einverstanden (Datenübermittlung Tracking).

---

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

---

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift des aufklärenden Arztes gemäß § 8 Abs. 1 GenDG

**Diese Einverständniserklärung verbleibt beim Einsender der Probe.**

**Die Zustimmung zum Neugeborenencreening bzw. Ablehnung einzelner Teilbereiche des Screeningprogrammes muss auf der Filterpapierkarte für das Neugeborenencreening in den vorgesehenen Feldern vermerkt werden.**