

# Einverständniserklärung zur Durchführung Pränataler Diagnostik

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit gebe ich die Einwilligung zur:

- Amniocentese
- Chorionbiopsie, transvaginal
- Chorionbiopsie, transabdominal

die der vorgeburtlichen Chromosomenuntersuchung (und biochemischen Untersuchungen) dient. Die Erfolgchancen, Risiken und die Bedeutung des Eingriffs sind mir ausführlich erläutert worden.

**Im besonderen bin ich darüber aufgeklärt worden, dass**

- die Entnahme des Fruchtwassers bzw. der Chorionzotten ein Risiko für Mutter und Kind bedeutet. Als Hauptrisiko ist die Auslösung einer Fehlgeburt anzusehen. Dieses Risiko wird bei der

**Amniocentese mit 0,5 % ( bis 1 % )  
transabdominalen Chorionbiopsie mit 1,1 %  
transvaginalen Chorionbiopsie mit 1,8 %**

angegeben. Als seltenes weiteres Risiko ist die Infektion erwähnt worden. Das Risiko für eine Verletzung des Kindes gering ist.

- die Ergebnisse der Chromosomenuntersuchung (und der biochemische Befund) in ganz seltenen Ausnahmefällen schwer interpretierbar sind oder nicht zuverlässig dem tatsächlichen Befund bei dem Kind entsprechen.
- bei nicht eindeutigen Befunden eine Wiederholungspunktion erforderlich sein kann.
- ein nicht vorhersehbarer Befund eines normalen Chromosomensatzes (der eines normalen biochemischen Faktors) nicht ausschließt, dass das Kind eine vorgeburtliche Fehlentwicklung durchmacht oder an einer genetischen oder nicht genetischen Krankheit leidet.
- nach einer Chorionbiopsie die Bestimmung des Alpha-Fetoproteins aus dem mütterlichen Serum (MS-AFP) als Suchtest für eine Neuralrohrverschlussstörung ("offener Rücken") in der 16. bis 18. Schwangerschaftswoche erfolgen sollte.
- nach der Pränataldiagnostik zum Ausschluss einer Chromosomenveränderung die Geschlechtschromosomen des Kindes erst nach Vollendung von 14. Schwangerschaftswochen beim Frauenarzt erfragt werden können.
- ich mich bei Rückfragen oder Unklarheiten jederzeit wieder an den behandelnden Arzt wenden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin