



Klinisch-genetische Beratung

Kommissarischer Leiter: Dr. Raoul Heller

Ansprechpartner: **Dr. Raoul Heller**
(FA f. Humangenetik)

Telefon: +49- (0)221- 478 86832

Telefax: +49- (0)221- 478 86812

Einverständnis-Erklärung

(ersetzt nicht Aktennotiz über individuelles Aufklärungsgespräch)

Sehr geehrte Eltern,

bei Ihrem verstorbenen Kind,, **geb. 20...., gest. 2010**
bestand folgende Problematik:

Die Ursache der auffälligen Befunde ist nicht geklärt. Weitere Untersuchungen könnten die Ursache klären / die Liste denkbarer Ursachen etwas begrenzen.

Nur bei Kenntnis der Ursache können wir Sie möglichst konkret darüber beraten, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit sich die Problematik in einer zukünftigen Schwangerschaft wiederholen könnte.

Zum Versuch der Ursachenklärung ist eine sog. fetalpathologische Untersuchung angebracht, mit je nach Fragestellung unterschiedlichen Methoden. Die Notwendigkeit und die genaue Art der Untersuchungen (s. u.) wurden Ihnen ausführlich erläutert (s. Aktennotiz) durch:

Dr. _____, _____ (Einrichtung, Tel.-Nr.).

Bitte kreuzen Sie an, mit welchen Untersuchungsmethoden Sie einverstanden bzw. nicht einverstanden sind. Es entstehen keine Kosten für Sie, falls Sie nicht darauf hingewiesen worden sind.

- | JA | NEIN | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Äußerliche Untersuchung, ggf. mit bildgebenden Verfahren u. photographischer Dokumentation. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entnahme und Untersuchung (inkl. genetischer Analysen) kleinster Gewebeproben (ca. 1 cm ³) z.B. aus Achillessehne, Haut, Leber, Muskel (je nach Fragestellung). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pathologische Untersuchung des Körpers (Autopsie). |

Dürfen die Ergebnisse unter Wahrung des Patientengeheimnisses wissenschaftlich zum Wohl zukünftiger Familien ausgewertet und in Fachzeitschriften dokumentiert werden?

einverstanden nicht einverstanden

Name (Eltern): Datum : Unterschrift:

Name (Arzt): Tel.-Nr.: Unterschrift:

WICHTIG: Bitte teilen Sie Ihre Wünsche bzgl. Bestattung Ihres verstorbenen Kindes dem unterschreibenden Arzt mit, der sie an Herrn Dr. Fries (Funk -1736) weiterleiten wird.

Bitte Kopie dieser Einverständniserklärung an die Eltern!

FetPathformPost (RH 13.02.08)