

## Einwilligung in die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID)

## Einwilligung in die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID)

Hiermit bestätigen wir die ausführliche Aufklärung über den Ablauf, die Möglichkeiten und Grenzen der Präimplantationsdiagnostik. Wir haben den Inhalt der Aufklärung verstanden und hatten ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Wir haben eine Kopie des Informations- und Aufklärungsblattes über die Präimplantationsdiagnostik erhalten.

- Wir wurden darüber informiert, dass wir die Entscheidung zur Diagnostik jederzeit widerrufen können. Im Falle eines Widerrufs erklären wir uns bereit, die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Untersuchungskosten zu tragen.
- Wir wurden darüber aufgeklärt, dass weder die erfolgreiche Etablierung und Durchführung der PID, noch der Eintritt einer Schwangerschaft oder die Geburt eines gesunden Kindes garantiert werden können.
- Uns wurde mitgeteilt, dass im Falle einer Schwangerschaft nach erfolgter PID zur Bestätigung des Befundes eine sichere Pränataldiagnostik, beispielsweise eine Fruchtwasseruntersuchung, empfohlen wird.
- Wir geben unser ausdrückliches schriftliches Einverständnis zur Nutzung und Verarbeitung der erforderlichen Gesundheitsinformationen und personenbezogenen Daten. Diese Daten sind besonders schützenswert (§ 3 Abs. 9 BDSG) und die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen wurde uns zugesichert.

Wir hatten ausreichend Bedenkzeit und haben alle oben genannten Punkte verstanden. Mit unserer Unterschrift erklären wir unser Einverständnis zur Durchführung der PID.

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes  
[Stempel des Instituts]