



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Arbeitsbereich Neugeborenencreening und Stoffwechseldiagnostik

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Neugeborenencreening und Stoffwechsellabor
Gebäude N22, EG
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Einwilligungserklärung Neugeborenencreening Mukoviszidose / Cystische Fibrose (CF)

/ / 20

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wurde über das **Neugeborenencreening auf CF** gemäß Gendiagnostikgesetz und Kinderrichtlinie aufgeklärt, habe den Flyer erhalten und gelesen und stimme nach ausreichender Bedenkzeit dieser Maßnahme bei meinem neugeborenen Kind zu. Die Zustimmung umfasst auch die Übermittlung der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten an das Screening-Labor.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei einem auffälligen Befund durch meine Ärztin/meinen Arzt oder direkt durch das Screening-Labor kontaktiert werde.

Ich hatte Gelegenheit, zu den Screening-Untersuchungen Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden kann. Mit diesem Vorgehen bin ich **einverstanden** und stimme dem Screening bei meinem Kind zu.

ja nein

Ich bin **damit einverstanden**, dass Restblutproben zur Qualitätssicherung und zum Zwecke späterer Nachprüfbarkeit der Ergebnisse für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Laboreingang aufbewahrt werden. Bei ‚nein‘ wird die Probe nach Erstellung des Befundes vernichtet. *(Dies muss auch auf der Screeningkarte vermerkt werden!)*.

ja nein

Ich bin **damit einverstanden**, dass die anonymisierte Probe zur Weiterentwicklung der medizinischen Diagnostik, zur Qualitätssicherung oder zu ähnlichen wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden kann. *(Bei ‚nein‘ muss dies auch auf der Screeningkarte vermerkt werden!)*

ja nein

Datum, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift aufklärende Person (Name in BLOCKSCHRIFT)

Durchführung des Neugeborenen-Screenings auf Mukoviszidose/Cystische Fibrose (CF) bei

Name: _____

geb. am: _____

Ich wurde über das Neugeborenen-Screening auf CF gemäß Gentdiagnostikgesetz und Kinderrichtlinie aufgeklärt, habe den Flyer erhalten und gelesen und stimme nach ausreichender Bedenkzeit dieser Maßnahme bei meinem neugeborenen Kind zu. Die Zustimmung umfasst auch die Übermittlung der mit der Filterpapierkarte weiterzugebenden personenbezogenen Daten an das Screening-Labor.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei einem auffälligen Befund durch meine Ärztin/meinen Arzt oder direkt durch das Screening-Labor kontaktiert werde.

Ich hatte Gelegenheit, zu den Screening-Untersuchungen Fragen zu stellen. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der aufklärenden Person widerrufen werden kann. Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden und stimme dem Screening bei meinem Kind zu. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Restblutproben zur Qualitätssicherung und zum Zwecke späterer Nachprüfbarkeit der Ergebnisse für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Laboreingang aufbewahrt werden. Bei „nein“ wird die Probe nach Erstellung des Befundes vernichtet. *(Dies muss auch auf der Screeningkarte vermerkt werden!)* Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die anonymisierte Probe zur Weiterentwicklung der medizinischen Diagnostik zur Qualitätssicherung oder zu ähnlichen wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden kann. Ja Nein *(Bei „nein“ muss dies auch auf der Screeningkarte vermerkt werden!)*

Datum, Unterschrift mind. eines/er Personensorgeberechtigten
Datum, Unterschrift aufklärende Person (Name in BLOCKSCHRIFFT)

Sie entscheiden für Ihr Kind!

Die Teilnahme an der Mukoviszidose-Reihenuntersuchung ist freiwillig. Die Kosten der Untersuchung werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Die Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben werden. Das durchführende Labor übermittelt die Ergebnisse direkt der verantwortlichen Person, die beauftragt ist. Sie bei einem positiven Befund zu kontaktieren. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Mukoviszidose-Reihenuntersuchung jederzeit zu widerrufen.

Eine Entscheidung für oder gegen eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sollte auf der Basis fundierter Informationen getroffen werden. Sie haben immer die Möglichkeit, Ihre Fragen mit Ärztinnen und Ärzten zu besprechen.

Ihre Einwilligung umfasst nur die Durchführung der Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sowie die Weitergabe der hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten.

Das Team des Neugeborenen-Screeningzentrums Nord am UKE empfiehlt Ihnen diese Untersuchung und wünscht Ihnen und Ihrem Kind alles Gute für die Zukunft!

Nähere Informationen dazu finden Sie im Internet unter: www.screening-dgms.de

Wenn Sie noch weitere Fragen zum Thema Neugeborenen-Screening haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Geburtseinrichtung, Ihre kinderärztliche Praxis.

Diese genetische Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose wird von der Gentdiagnostik-Kommission beim Robert Koch-Institut befürwortet.

© Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52, 2024 614 mburg | Foto: Claude Kerek (UKE) | Stand: 10/2020



Informations für Eltern und Personensorgeberechtigte
Neugeborenen-Screening (CF)

Vorbereitung der mündlichen Aufklärung für die Reihenuntersuchung auf Cystische Fibrose (CF, Mukoviszidose)

Liebe Eltern,

zeitgleich mit dem erweiterten Neugeborenen-Screening wird Ihnen eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose für Ihr Kind angeboten. Ziel dieser Reihenuntersuchung ist die frühzeitige Diagnose einer möglicherweise bestehenden Mukoviszidose, damit in solch einem Fall möglichst früh mit einer Behandlung begonnen werden kann und so die Lebensqualität und Lebenserwartung bei einem Kind mit dieser Krankheit verbessert wird. Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose unterliegt den besonderen Regelungen des Gentdiagnostikgesetzes. Die nachfolgenden Informationen sollen Ihnen helfen, sich auf ein Aufklärungsgespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt vorzubereiten.

Was ist Mukoviszidose?

Mukoviszidose (auch Cystische Fibrose, CF genannt) ist eine erbliche Krankheit, die ungefähr 1 von 3.300 Kindern betrifft. Eine Genveränderung im so genannten CFTR-Gen führt zu einer Störung des Salzaustausches in Drüsenzellen. Dies wiederum ist Ursache für die Bildung von zähflüssigem Schleim in den Atemwegen und anderen Organen, die sich dadurch dauerhaft entzünden. Die Schwere der Krankheitszeichen kann aufgrund unterschiedlicher Genveränderungen variieren. Häufig ist die Funktion der Bauchspeicheldrüse eingeschränkt. Dadurch sind betroffene Kinder oft untergewichtig und wachsen schlecht. Bei schweren Verläufen kann, infolge von wiederholten schweren Lungenentzündungen, die Lungenfunktion erheblich beeinträchtigt werden.

Wie kann Mukoviszidose behandelt werden?

Zurzeit gibt es keine heilende Therapie bei Mukoviszidose. Allerdings können Krankheitszeichen durch verschiedene Therapiemaße verbessert oder gelindert werden, so dass die Lebenserwartung von Mukoviszidose-Patientinnen und -Patienten kontinuierlich gesteigen ist. Die Behandlung der Mukoviszidose besteht aus Inhalationen und Physiotherapie, einer besonders kalorienreichen Ernährung und Medikamenten. Außerdem ist die Durchführung von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in spezialisierten Mukoviszidose-Einrichtungen sinnvoll, um bereits frühe Veränderungen rechtzeitig behandeln zu können.

Warum ist eine Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sinnvoll?

Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose ermöglicht eine frühe Diagnosestellung. Mit einem frühen Behandlungsbeginn kann die körperliche Entwicklung der betroffenen Kinder verbessert werden. Damit erhöht sich auch die Chance auf ein längeres und gesünderes Leben.

Wie wird die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose durchgeführt?

Für die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose ist in der Regel keine zusätzliche Blutabnahme notwendig. Die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose erfolgt zur gleichen Zeit und aus derselben Blutprobe, welche für das erweiterte Neugeborenen-Screening bei Ihrem Kind

abgenommen wird. Diese Blutprobe wird auf eine Filterpapierkarte getropft und an ein Labor geschickt.

Dort wird zuerst das Enzym immurreaktives Trypsin (IRT) bestimmt. Bei einem erhöhten Wert erfolgt aus derselben Blutprobe eine zweite Untersuchung auf das Pankreatitis-assoziierte Protein (PAP). Sollte das zweite Testergebnis ebenfalls erhöht sein, wird mit einem DNA-Test (Erbgutuntersuchung) nach den häufigsten Genveränderungen gesucht, die bei Mukoviszidose auftreten. Wenn eine oder zwei Genveränderungen gefunden werden, ist die Reihenuntersuchung kontrolldürftig.

Sollte bereits der erste Test (IRT) sehr hoch sein, ist die Reihenuntersuchung allein dadurch kontrolldürftig, und es werden die anderen Tests nicht mehr durchgeführt. Die Kombination der Testschritte führt zu einer größtmöglichen Genauigkeit und Sicherheit der Ergebnisse. Sehr selten kann es trotzdem vorkommen, dass ein Kind an Mukoviszidose erkrankt ist und in dieser Früherkennung nicht auffällt.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben im Gentestdiagnostikgesetz ist vor der Durchführung der Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose die Aufklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt zwingend erforderlich. Wird die Geburt durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger geleitet, kann die Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose bei Ihrem Kind bis zum Alter von vier Lebenswochen bei einer Ärztin oder einem Arzt, (Beispielsweise bei der U2) nachgeholt werden. Hierzu ist dann die Entnahme einer weiteren Blutprobe notwendig. Im Gegensatz zur Reihenuntersuchung auf Mukoviszidose sollte das erweiterte Neugeborenen-Screening idealerweise innerhalb der ersten 24 Stunden erfolgen, da dort anders als beim Mukoviszidose-Screening eine sofortige Therapieeinleitung für die Mehrzahl der getesteten Erkrankungen entscheidend ist.

Die Blutprobe Ihres Kindes wird nach der Untersuchung im Rahmen der vorgeschriebenen Zeit vernichtet.

Wie werden Sie über das Reihenuntersuchungsergebnis informiert und was folgt danach?

Das Labor teilt dem Einsender (Ärztin/Arzt) der Blutprobe in der Regel innerhalb von 14 Tagen mit, ob der Befund kontrolldürftig oder normal ist. Über ein normales Ergebnis werden Sie nur auf Ihre ausdrückliche Nachfrage informiert. Bei einem kontrolldürftigen Ergebnis wird sich der Einsender mit Ihnen in Verbindung setzen und Sie an ein spezialisiertes Mukoviszidose-Zentrum verweisen. Ein kontrolldürftiges Ergebnis bedeutet noch nicht, dass Ihr Kind Mukoviszidose hat. Nur eins von fünf Kindern mit einem kontrolldürftigen Ergebnis hat tatsächlich Mukoviszidose. Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit für eine so genannte Anlageträgerschaft erhöht. Die Anlageträger sind gesund, können jedoch diese Anlage an Ihre Nachkommen weitergeben. In jedem Fall wird Ihnen eine genetische Beratung angeboten, damit Sie sich ausführlich über die Bedeutung dieses Ergebnisses informieren können.

Im Mukoviszidose-Zentrum wird zunächst eine Bestätigungsuntersuchung, in der Regel ein Schweißtest durchgeführt und alles Weitere mit Ihnen besprochen. Dieser Schweißtest ist ungefährlich und schmerzfrei und belastet Ihr Kind nicht. Das Ergebnis wird Ihnen unmittelbar nach der Untersuchung mitgeteilt. Möglicherweise sind weitere Untersuchungen erforderlich.

Für unsere Einsender:

Unseitige Einwilligung ausfüllen,
unterschreiben lassen und in Akte
des Einsenders ablegen!

Vorliegen der Einwilligung auf
Trockenblutkarte unbedingt mit Kreuz
bestätigen, sonst erfolgt wegen
GendDG keine Untersuchung auf CFI

Auf Wunsch der Eltern
(Personenberechtigten)
Fotokopie anfertigen
und aushändigen!

