



H A M B U R G

Arbeitsbereich
Neugeborenencreening und Stoffwechseldiagnostik

Anlage 01 zur SOP 2.2.13 | Version 04 | Stand 21.11.2023

Prof. Dr. med. G. Gramer
Ärztliche Leitung

Zentrum für Geburtshilfe, Kinder- und
Jugendmedizin

Martinistraße 52
20246 Hamburg

Gebäude Nord 22, EG
Telefon: +49 (0) 40 7410-53737
Telefon: +49 (0) 40 7410-56717
Fax: +49 (0) 40 7410-57318
stw-labor@uke.de
www.uke.de

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

/ / 20

Name des Kindes

Geburtsdatum

Ich wurde über das **Neugeborenencreening** gemäß Gendiagnostikgesetz und Kinderrichtlinie aufgeklärt, habe das Informationsblatt 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, welches sich ggf. eines externen Abrechnungsdienstleisters bedient, soweit die Leistung nicht von einer gesetzlichen Krankenkasse getragen wird.

Ich erkläre mich einverstanden, dass ich bei einem auffälligen Befund durch meinen Arzt /meine Ärztin 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 ferner **damit einverstanden**, dass im Falle der Einsendung der Blutprobe durch eine Hebamme/einen Geburtshelfer der Befundbericht an diese Hebamme/diesen Geburtshelfer gesandt wird, um ihn an die betreuende kinderärztliche Praxis weiterzuleiten.

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)

