

Rückfax

An das
Screening-Zentrum Berlin

Fax: 030-450 566 978

EILT !! → BITTE SOFORT BEARBEITEN UND FAXEN

VERBINDLICHE ERKLÄRUNG ZUR EINWILLIGUNG / AUFKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, als verantwortlicher Einsender, dass bei allen unseren Einsendungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings vor der Probenabnahme eine Information eines Sorgeberechtigten zu Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitlichen Risiken der Untersuchung im Sinne des §8 Abs.1 GenDG erfolgt. Es ist sichergestellt, dass die schriftliche Einwilligung eines Sorgeberechtigten auf der *Einwilligungserklärung* vorliegt.

Mit dem Zeitpunkt der Einführung eines Screenings auf Mukoviszidose stelle ich sicher, dass die Aufklärung durch einen Arzt erfolgt und die Eltern über die Möglichkeit der Ablehnung informiert wurden. Eine Ablehnung des Screenings auf Mukoviszidose wird in Klarschrift auf der Kartenrückseite dokumentiert. Ist keine Ablehnung dokumentiert, gilt die Einwilligung für den gesamten Umfang des gesetzlichen Screenings (inklusive Mukoviszidose).

Verantwortlicher Einsender
(Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift

Einrichtung/ Absender
(Stempel)