
Wenn Sie bei Ihrem Kind **alle** nach Kinderrichtlinie angebotenen Untersuchungen durchführen lassen möchten, unterschreiben Sie bitte auf **dieser** Seite.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____ Name der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Ort, Datum: _____

Wir wurden über das Screening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten und Hormonstörungen und das Screening auf Mukoviszidose aufgeklärt.

Wir sind mit der Durchführung dieser Untersuchungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Wir sind einverstanden, dass bei einem kontrollbedürftigen Ergebnis unsere Kontaktdaten an einen Kinderarzt mit der entsprechenden Spezialisierung weitergegeben werden und dass wir dann direkt von diesem informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Wenn Sie bei Ihrem Kind nur einzelne Untersuchungen oder das zusätzliche Screening auf G6PD-Mangel und/oder Sichelzellerkrankungen durchführen lassen wollen, füllen Sie bitte die Erklärung auf der Rückseite aus und unterschreiben Sie dort.

ABLEHNUNGSERKLÄRUNG

Wir lehnen die Durchführung der Untersuchungen bei unserem Kind ab. Über die möglichen Folgen für unser Kind wurden wir aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der aufklärenden Person

Nur wenn Sie dem Screeningprogramm **nicht vollständig** zustimmen möchten oder das **zusätzliche** Screening auf G6PD-Mangel und/oder Sichelzellkrankheiten wünschen, füllen Sie bitte **diese** Seite aus.

DIFFERENZIERTE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____ Name der Mutter: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Ort, Datum: _____

Wir wurden über das Screening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten und Hormonstörungen, das Screening auf Mukoviszidose, sowie die zusätzliche Möglichkeit eines Screenings auf G6PD-Mangel bzw. Sichelzellkrankheiten aufgeklärt.

Wir sind mit der Durchführung **folgender** Untersuchungen einverstanden:

(Bitte unterschreiben Sie bei jedem Punkt, dem Sie zustimmen.)

- Neugeborenencreening auf **angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen** (Kassenleistung)

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

- Neugeborenencreening auf **Mukoviszidose** (Kassenleistung)

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

- Neugeborenencreening auf **G6PD-Mangel** (keine Kassenleistung)

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

- Neugeborenencreening auf **Sichelzellkrankheiten** (keine Kassenleistung)

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, die Kosten für die Screeninguntersuchung auf G6PD-Mangel und/oder Sichelzellkrankheiten, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt werden, zu übernehmen.

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten

Wir sind damit einverstanden, dass bei einem kontrollbedürftigen Ergebnis unsere Kontaktdaten an einen Kinderarzt mit der entsprechenden Spezialisierung weitergegeben werden und dass wir dann direkt von diesem informiert werden.

Unterschrift mindestens eine/r Personensorgeberechtigten