**Einverständniserklärung zur Lagerung von Proben und Ergebnissen nach erfolgter Präimplantationsuntersuchung**

*Sehr geehrtes Paar,*

*bitte lesen Sie diese Aufklärung aufmerksam durch und unterzeichnen Sie diese zum Einverständnis Ihrerseits.*

1. **Patientendaten für die genetische Präimplantationsuntersuchung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientin:** |  |
| Vor- und Nachname: |  |
| Geburtsdatum/Versicherten-Nr. |  |
| Anschrift: |  |
| **Partner/Ehemann:** |
| Vor- und Nachname: |  |
| Geburtsdatum/Versicherten-Nr. |  |
| Anschrift: |  |

1. **Grund der Untersuchung** (vom Arzt auszufüllen):

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Gewünschte Methode der genetischen Präimplantationsuntersuchung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| * **PGT-M** **für monogenetische Krankheiten + PGT-A von 24 Chromosomen** | **Karyomapping / OneGenePGT** |  |

**Abkürzungen: PGT-A**– ***P****reimplantation* ***G****enetic* ***T****esting der Chromosomenanzahl auf numerische Änderungen (****A****neuploidien);* **PGT-M** *–* ***P****reimplantation* ***G****enetic* ***T****esting für für* ***M****onogenetische Krankheiten –* ***die Untersuchung kann nur******nach******Durchführung eines SET-UP erfolgen****.*

1. **Untersuchtes biologisches Material**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trophektoderm (Blastozyste) – Tag 5/6 |  | Sonstiges: | .......................................... |

1. **Einverständnis des Patienten**
   1. **Einverständnis zur Lagerung der verwendeten DNA-Proben für die Präimplantationsuntersuchung**
   2. Hiermit stimmen wir zu, dass die Proben – soweit dies möglich und/oder zweckmäßig ist – für weitere zu meinem Vorteil oder zum Vorteil meiner biologischen Verwandten vorgenommene Untersuchungen gelagert werden. Vor einer genetischen Untersuchung, die zu anderen als den genannten Zwecken erfolgen soll, werden wir ordnungsgemäß aufgeklärt und die Untersuchung erfolgt erst nach einem neuerlichen Einverständnis unsererseits. Die Proben werden in der Regel für 1 Jahr gelagert, (maximal jedoch 50 Jahre).
   3. Hiermit stimmen wir der Nutzung der gelagerten Proben zur Kontrolle der Qualität der DNA-Diagnostik zu (die Proben werden als Kontrolle bei der Untersuchung anderer verwandter Personen oder bei der Untersuchung anderer Patienten verwendet).
   4. Hiermit stimmen wir einer anonymen Nutzung der untersuchten Proben in der medizinischen Forschung zu. (Der Fokus liegt hierbei auf dem Fortschritt der Behandlung von Unfruchtbarkeit).

Falls Sie einer der genannten Einverständnisse nicht zustimmen, geben Sie diese bitte an:

* 1. **Einverständnis zur Information über die Untersuchungsergebnisse**

1. Hiermit sind wir einverstanden über die Ergebnisse der Laboruntersuchungen, inklusive eventueller unerwarteter Befunde, informiert zu werden.
2. Hiermit sind wir einverstanden, dass folgende Personen zusätzlich über die Ergebnisse der Laboruntersuchungen, inklusive eventueller unerwarteter Befunde, informiert werden:
3. Hiermit stimmen wir einer Nutzung der Ergebnisse der genetischen Untersuchung und der relevanten Informatio­nen über den Gesundheitszustand zu wissenschaftlichen Zwecken und Lehrzwecken unter der Bedingung zu, dass diese Angaben in völlig anonymer Form dargestellt und veröffentlicht werden.

Falls Sie einer der genannten Einverständnisse nicht zustimmen, geben Sie diese bitte an:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | | |  | |
| **Mit dieser Unterschrift erklären wir uns mit der Lagerung des verwendeten biologischen Materials für die Präimplantationsanalyse und den daraus resultierenden Ergebnissen einverstanden.** | | | | | | | | | | | |
| Wir wurden informiert, dass wir unser Einverständnis schriftlich bis spätestens zum Beginn der genetischen Präimplantationsuntersuchung widerrufen können. | | | | | | | | | | | |
| Ort |  | | | | | Datum |  | | | | |
| **Unterschrift der Patientin:** | |  | | | | **Unterschrift des Patienten:** | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  |
| Hiermit bestätige ich, das Patientenpaar über die genetische Präimplantationsuntersuchung und über alle oben genannten Sachverhalte ausführlich aufgeklärt zu haben. Diese Einverständniserklärung wurde den Patienten erst nach vollständiger Klärung aller Fragen des Patientenpaares zur Unterschrift vorgelegt. | | | | | | | | | | | |
| **Vor- und Nachname  des Arztes:** | | |  | | | **Unterschrift  des Arztes:** | |  | | | |
|  | | | |  | |  | | |  | | |