



## ZUSTIMMUNGSFORMULAR NICHTINVASIVEM PRÄNATALEM TEST (NIPT)



# UZ LEUVEN

ZENTRUM FÜR HUMANGENETIK



### ZUSTIMMUNG NACH AUFKLÄRUNG DER SCHWANGEREN

1. Ich wurde über die Möglichkeiten und Einschränkungen dieses Tests aufgeklärt, die in der Informationsbroschüre beschrieben sind. Ich hatte Gelegenheit, meinen Arzt um zusätzliche Informationen zu bitten.
  2. Ich habe verstanden, dass dieser Test dazu dient, Trisomie 21, 18 und 13 ab der zwölften Schwangerschaftswoche festzustellen. Es wird empfohlen, andere Tests zu verwenden, wenn ein erhöhtes Risiko für spezifische genetische Erkrankungen vorliegt.
  3. Ich habe verstanden, dass dieser Test sehr genau ist, aber nicht zum 100%. Bei einem normalen Ergebnis ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Baby dennoch an Trisomie 21, 18 oder 13 leidet, zwar gering, aber nicht völlig ausgeschlossen. Ein abweichendes Ergebnis muss anhand einer invasiven pränatalen Untersuchung (vorzugsweise mit einer Fruchtwasserpunktion) bestätigt werden.
  4. Ich verstehe, dass das Ergebnis nach maximal 7 Kalendertagen verfügbar sein wird (gerechnet vom Datum der Eingang der Blutprobe im Labor). Ich kann mein Ergebnis online in meiner elektronischen Krankenakte über [www.mynexuzhealth.be](http://www.mynexuzhealth.be) einsehen.
  5. Ich habe verstanden, dass in seltenen Fällen kein Ergebnis erzielt werden kann. In diesem Fall kann der Test einmalig kostenfrei wiederholt werden. Eine erneute Blutentnahme ist erforderlich.
  6. Mit dem NIPT werden alle Chromosomen geprüft. Daher kann mit dem NIPT in seltenen Fällen auch andere Chromosomenabweichungen festgestellt werden, zum Beispiel eine Trisomie eines anderen Chromosoms oder eine klinisch relevante Chromosomenabweichung der Mutter. Das Zentrum für Humangenetik nimmt in diesem Fall Kontakt zu mir oder meinem Gynäkologen auf.
  7. Ich verstehe, dass der NIPT in Belgien erstattet wird. In diesem Fall beträgt die Erlassgebühr **8,68 €**. Wenn ich nicht Mitglied einer belgischen Krankenkasse bin, beträgt der Selbstkostenpreis für diesen Test **263,25 €**.
  8. Ich verstehe dass nach der NIPT das Restmaterial und die erhaltenen Genomdaten anonym für Validierungszwecke, interne Qualitätskontrollen oder Forschungszwecke (zum Beispiel zur Optimierung des NIPT und zur neuer Entwicklungen) verwendet werden können.
- Ich bestätige, dass ich während dieser Schwangerschaft keinen NIPT oder Kombinationstest hatte, der von der Krankenkasse erstattet wurde.
- Ich habe die vorstehenden Informationen verstanden und stimme zu, dass der NIPT ausgeführt wird.

MUTTER

ARZT

Name: \_\_\_\_\_

Datum:

Mobiltel. Nr.: +

E-mail:

@

Unterschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Datum:

Unterschrift: