



Ich wurde in dem Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. \_\_\_\_\_ ausführlich über die geplante Untersuchung und die zusätzlichen Blutuntersuchungen informiert. Alle nach meiner Ansicht wichtigen Fragen über die Art und Bedeutung der Untersuchung wurden besprochen und mir verständlich beantwortet. Ich fühle mich gut informiert, und habe keine weiteren Fragen mehr und willige in die Untersuchung ein.  
Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

Sie können all Ihre Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Im Falle einer zusätzlichen Blutuntersuchung erkläre ich meine Einwilligung

- in die Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der genetischen Untersuchungen und der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit das Labor sie ggf. in anonymisierter Form für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke verwenden kann, ohne darauf Anspruch zu erheben.
- in die Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde, ohne Anspruch darauf zu erheben.
- in die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags bei Erforderlichkeit an spezialisierte kooperierende Labore.
- In die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses bei Nichterreichen meines behandelnden Arztes auch an mitbehandelnde oder vertretende Ärzte der Praxis.

2

---

Ort / Datum / Name in Druckbuchstaben / Unterschrift der Schwangeren

---

Ort / Datum / Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ihre Ultraschallbilder elektronisch  
Schnell - Zuverlässig - Sicher

Unsere Patienten erhalten den unmittelbaren, digitalen Zugriff auf Bilder und Videos unserer hochwertigen Bilddiagnostik. Sie erhalten eine SMS oder E-Mail mit einem sicheren Zugang zu Ihren Bildern, die Sie jederzeit mit Ihrer Familie und Freunden teilen können.

**Tricefy**  
IMAGES IN A



3

**Liebe werdende Eltern,**

den gesicherten Link mit Ihren persönlichen Bildern und Videos der heutigen Untersuchung können wir Ihnen bevorzugt per SMS direkt auf Ihr Smartphone oder alternativ per E-Mail zusenden.

Für diesen Service erheben wir einen Unkostenbeitrag von 10 €.

Ihr Fera-Praxisteam

---

Gerne möchte ich meine Ultraschallbilder und Videoclips elektronisch erhalten und zahle dafür **10 €**.

Name der Patientin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Handy-Nummer \_\_\_\_\_