PID-ZENTRUM MÜNCHEN

Anlage 2

Bestätigung über die ärztlich erfolgte Aufklärung und Beratung zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der gewünschten genetischen Untersuchung von Zellen eines Embryos

§ 3a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Embryonenschutzgesetz
§ 3 Absatz 2 Nr. 3 Präimplantationsdiagnostikverordnung
zum Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik

Hiermit bestätige ich, dass

Frau _____ geb. am _____

und Herr* _____ geb. am _____

umfassend über die medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der mit einer Präimplantationsdiagnostik verbundenen Maßnahmen aufgeklärt und beraten wurde/n*. In den Fällen des § 3a Absatz 2 Satz 1 Embryonenschutzgesetz wurde/n* sie auch über die Art und Schwere des Krankheitsbildes und bestehende Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Sie wurde/wurden* insbesondere aufgeklärt und beraten über

_____

_____

_____

_____

_____(ggf. weitere Blätter verwenden und unterzeichnen)

Diese Beratung wurde von ihr/ihnen* verstanden. Ihre Fragen wurden umfassend beantwortet. Darüber hinaus versichere ich, dass ich nicht selbst die mit der Präimplantationsdiagnostik verbundenen Maßnahmen durchführen werde.

_____

Ort, Datum Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**ggf. streichen* [Stempel der Praxis]

PID-Zentrum München
Zugelassenes Zentrum für Präimplantationsdiagnostik des MGZ – Medizinisch Genetischen Zentrums
Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder, PD Dr. med. Angela Abicht, Dr. med. Teresa Neuhann
Partnerschaft von Fachärztinnen für Humangenetik mbB, MVZ

MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum
Bayerstraße 3 - 5 • D-80335 München • Tel. +49 89 30 90 886 - 0 • Fax +49 89 30 90 886 - 66
www.mgz-muenchen.de • info@mgz-muenchen.de • Partnerschaftsregisternummer PR 2184 - AG München

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13242-01-00

Durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189 akkreditiertes Labor. Die Akkreditierung gilt nur für den in der Urkundenanlage D-ML-13242-01-00 ausgeführten Akkreditierungsumfang.