

← Patientenetikette hier	▲ positionieren!	
Name	Geschlecht	
Vorname	Geburtsdatum	
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>	Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>	Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Klin. Hinweis bzw. Diagnose		

Patientinnen-Information und Einverständniserklärung bzgl. Ultraschalluntersuchung im ersten Schwangerschaftsdrittel

Sehr geehrte Patientin!

Im Rahmen des Ersttrimesterultraschalls, welcher von der 11. bis 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, beurteilen wir die Anzahl der Kinder und ob das Kind / die Kinder wohlauf sind. Außerdem können wir den Geburtstermin anhand der Messung der Länge des Kindes bestätigen oder korrigieren. Einige Fehlbildungen können schon in diesen Schwangerschaftswochen erkannt oder ausgeschlossen werden. Wenn Sie es wünschen, messen wir die so genannte Nackentransparenz und beurteilen andere Zeichen, wie z.B. das Nasenbein oder den Blutfluss im kindlichen Herzen. Mit Hilfe dieser Befunde und einer Untersuchung des mütterlichen Blutes können wir das Risiko für Trisomie 21 (Down-Syndrom) berechnen.

Gesunde Menschen haben in jeder Körperzelle 23 Chromosomenpaare, die die gesamte Erbinformation tragen. Jedes Chromosom existiert in doppelter Ausfertigung, d.h. es gibt 46 einzelne Chromosome. Bei Chromosomenanomalien wie den Trisomien 13, 18 und 21 ist jeweils ein zusätzliches Chromosom 13, 18 oder 21 vorhanden (insgesamt also 47 Chromosome).

Die einzige Möglichkeit, eine Chromosomenstörung mit Sicherheit auszuschließen, besteht in der **Mutterkuchenpunktion (CVS)** oder **Fruchtwasserpunktion (Amniocentese)**. Beide Untersuchungen sind allerdings mit einem Fehlgeburtsrisiko von ungefähr 1 % behaftet.

Aus diesem Grund ist es sinnvoll, vorher die Wahrscheinlichkeit zu berechnen, mit der Ihr Kind eine Chromosomenstörung hat.

Nach der Ultraschall- und Blutuntersuchung besprechen wir den Befund ausführlich mit Ihnen. Wenn Sie mit der errechneten Wahrscheinlichkeit für Chromosomenstörungen zufrieden sind, können Sie es ohne weitere Tests beruhen lassen. Wenn Sie jedoch der Meinung sind, dass nur ein definitiver Test genügend Sicherheit bietet, ist die Durchführung einer Mutterkuchen- oder Fruchtwasserpunktion notwendig. Der Vorteil dieser Untersuchung ist ein sicherer Ausschluss von Chromosomenstörungen. Der Nachteil dieser Punktion besteht darin, dass neben dem natürlichen Fehlgeburtsrisiko die Punktion bei 1 % der Schwangerschaften eine Fehlgeburt verursacht.

Neben der Berechnung der Wahrscheinlichkeit für ein Down-Syndrom beurteilen wir den Körperbau des Kindes. Dabei können schon viele Fehlbildungen ausgeschlossen werden. Allerdings kann diese Untersuchung nicht feststellen, ob Ihr Kind gesund ist, sondern nur, ob Zeichen für gewisse Erkrankungen vorliegen oder nicht. Im Ultraschall können, wie bei jeder anderen Untersuchung auch, gewisse Erkrankungen nicht diagnostiziert werden.

Die Kosten für diese Untersuchung zahlt die Sozialversicherung nur unter bestimmten Umständen. Falls Ihre Krankenkasse die Kosten bei Ihnen nicht übernimmt, erhalten Sie eine Rechnung von der Tirol Kliniken GmbH über € 159,72 (Stand 2021), die Sie begleichen müssen.

Zusammenfassung

- Die große Mehrzahl aller Kinder wird gesund geboren.
- Alle Frauen, egal welchen Alters, haben ein kleines Risiko, ein Kind mit einer Fehlbildung zu gebären.
- Beim Ersttrimesterultraschall wird die Anzahl der Kinder bestimmt, der Geburtstermin festgelegt und der Körperbau des Kindes / der Kinder beurteilt.
- Nur wenn Sie es wünschen, können wir durch die Messung der Nackentransparenz, Beurteilung anderer Ultraschallzeichen und einer Untersuchung Ihres Blutes, die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der Ihr Kind eine Trisomie 21 hat.
- Die Entscheidung, welche Untersuchungen durchgeführt oder ob bei erhöhtem Risiko weitere Untersuchungen vorgenommen werden, treffen Sie.
- Die Untersuchung kostet € 159,72 (Stand 2021). Wenn die Krankenkasse für die Kosten nicht aufkommt, erhalten Sie eine Rechnung, die Sie begleichen müssen.

Ich habe die Patientinnen-Information/ -Aufklärung verstanden und wünsche

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)

- eine Ultraschalluntersuchung zur Beurteilung des Kindes (Vitalität, Mehrlingausschluss, Überprüfung des errechneten Geburtstermins)
- zusätzlich eine Berechnung des Risikos für Down-Syndrom durch die Messung der Nackentransparenz, Beurteilung anderer sonographischer Zeichen und der Untersuchung meines Blutes
- Qualitätssicherung: Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass die Univ. Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck zum Zweck der Qualitätskontrolle der Ultraschalluntersuchung den Geburtsbericht und Befunde des neugeborenen Kindes von den nachbehandelnden ÄrztInnen bzw. Einrichtungen einholen darf.
- Wissenschaft: Weiters gestatte ich, dass diese Daten von der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen, wobei sich die Klinik *in diesem Fall* verpflichtet, die Daten *vorab* zu anonymisieren.

Einverständniserklärung

Ich wurde von Frau / Herrn Dr. über die geplante Behandlung sowie Messung der Nackentransparenz unter Zuhilfenahme der Patientinnen-Information/dieses Aufklärungsblattes, dessen Inhalt mir mündlich und vollständig unter Berücksichtigung der Ergebnisse und Folgen der Untersuchung erklärt wurde, eingehend aufgeklärt.

Die mir ausgehändigte Patientinnen-Information/ -Aufklärung habe ich verstanden und es bestehen keine Unklarheiten über die Behandlung und die damit verbundenen Folgen. Ich hatte Zeit, Fragen zu stellen und meine Fragen wurden beantwortet.

Für Fragen steht Ihnen das Team der Fetalmedizin an der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck unter der Telefonnummer +43 50 504-230 57 oder per E-Mail: lki.fr.fetalmedizin@tirol-kliniken.at gerne zur Verfügung!

- Mit der vorgesehenen, oben angeführten Behandlung bin ich einverstanden und erkläre hiermit meine Einwilligung.
Stimme zu Stimme nicht zu
- Mit der Berechnung des Risikos für Down-Syndrom bin ich einverstanden und erkläre hiermit meine Einwilligung.
Stimme zu Stimme nicht zu
- Mit der vorgesehenen, oben von mir angekreuzten, Einholung des Geburtsberichtes und der Befunde des neugeborenen Kindes zur Qualitätskontrolle bin ich einverstanden und erkläre hiermit meine Einwilligung.
Stimme zu Stimme nicht zu
- Weiters bin ich einverstanden, dass diese Daten von der Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form verwendet werden dürfen. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.
Stimme zu Stimme nicht zu
- Mit der Bezahlung der anfallenden Kosten im Falle der Nichtübernahme durch die Krankenkasse bin ich einverstanden.

X

.....
Datum / Unterschrift der Patientin / der gesetzlichen Vertretung / SachwalterIn

.....
Unterschrift des Arztes / der Ärztin