



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

PID-Kommission Nord

Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik

Ärztekammer Hamburg
PID-Kommission Nord
Weidestraße 122b
22083 Hamburg

Nur von der PID-Kommission auszufüllen:

PID: /

I. Angaben zur Antragstellung

1. Zur Person der Antragsberechtigten

Name:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

2. Zur Person des Mannes, von dem die Samenzelle stammt (nur auszufüllen, wenn Anlage 3 B erforderlich ist)

Name:

Vorname:

geb. am:

Anschrift:

3. Medizinische Indikation für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (Anlage 1 A oder Anlage 1 B)

4. Arzt oder Ärztin, der die Aufklärung und Beratung über spezielle Fragen der Präimplantationsdiagnostik vorgenommen hat (Anlage 2)

Name:

Anschrift:

PID: / **5. Zentrum, welches die Präimplantationsdiagnostik durchführen wird (Anlage 4)**

Name:

Anschrift:

6. Ist bereits bei einer anderen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik ein Antrag gestellt worden? Nein Ja, und zwar bei:Die Bewertung der Kommission liegt vor liegt nicht vor
Ggf. bitte die Bewertung als **Anlage 5** beifügen.**II. Medizinische Angaben für die Bewertung des Antrags****1. Angaben über bisherige Schwangerschaften in der bestehenden Partnerschaft****Anzahl**

a. Anzahl der Schwangerschaften

b. Anzahl der Fehlgeburten (Spontanaborte) vor der 12. Schwangerschaftswoche* (SSW)

c. Anzahl der Fehlgeburten in/nach der 12. SSW

d. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. SSW

e. Anzahl der Fehl- oder Totgeburten vor der 22. SSW

f. Anzahl der Fehl- oder Totgeburten in/nach der 22. SSW

2. Angaben über Kinder aus der bestehenden Partnerschaft**Anzahl**

a. Anzahl lebend geborener Kinder

b. Anzahl schwer behinderter verstorbener Kinder

c. Anzahl schwer behinderter lebender Kinder

d. Anzahl schwer behinderter Kinder, die zur Adoption frei gegeben wurden

e. Anzahl der Kinder, die Sie adoptiert haben

f. Anzahl der Kinder aus vorherigen Partnerschaften

* Die Schwangerschaftswochen werden nach dem Zeitpunkt der Befruchtung berechnet.

Nur von der PID-Kommission auszufüllen:

PID: /

3. Allgemeine medizinische Angaben der Antragsberechtigten

a. Ernsthafte chronische Erkrankung

b. Stationäre Aufenthalte (länger als 14 Tage in den letzten 5 Jahren)

c. Aktuell dauernd genommene Medikamente (über 1 Monat)

d. Bisher in Anspruch genommene reproduktionsmedizinische Maßnahmen

4. Hier haben Sie die Gelegenheit, uns weitere wesentliche Informationen mitzuteilen (ggf. Beiblatt verwenden)

PID: /

III. Fügen Sie dem Antrag bitte die nachstehenden Anlagen bei

- Ärztlich-humangenetischer Befund über die genetische Disposition der Antragsberechtigten oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt oder von beiden, einschließlich der Bezeichnung der daraus hervorgehenden Erbkrankheit, Angaben zur Erkrankungs Wahrscheinlichkeit der Nachkommen sowie zu der zu erwartenden Krankheitsausprägung – **Anlage 1 A** –
- oder**
- Ärztliche Beurteilung der Annahme, dass eine schwerwiegende Schädigung des Embryos zu erwarten ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird – **Anlage 1 B** –
- Bestätigung über die erfolgte Aufklärung und Beratung der Antragsberechtigten zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der gewünschten genetischen Untersuchung von Zellen der Embryonen – **Anlage 2** –
- Schriftliche Einwilligung der Antragsberechtigten in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten durch die Ethikkommission (PID-Zentrum klärt Sie auf und holt Ihre schriftliche Einwilligung ein, die Sie uns zuleiten) – **Anlage 3 A** –
- Schriftliche Einwilligung des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner personenbezogenen Daten durch die Ethikkommission, soweit dessen personenbezogene Daten Gegenstand des Antrages sind (Wenn die Einwilligung benötigt wird, klärt das PID-Zentrum Ihren Partner auf und holt dessen schriftliche Einwilligung ein, die Sie uns zuleiten) – **Anlage 3 B** –
- Bestätigung des Zentrums, dass die Präimplantationsdiagnostik im Fall einer zustimmenden Bewertung dort durchgeführt wird – **Anlage 4** –
- Abschrift der Bewertung einer anderen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik (nur wenn Frage I. 6 mit Ja beantwortet wird) – **Anlage 5** –

Ort, Datum

Unterschrift