



### Kinder- / Jugendarzt /-ärztin

Name: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

### BESTÄTIGUNG

Der/die Sorgeberechtigte(n)

des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

wurde(n) von mir als verantwortlicher ärztlicher Person i.S.d. § 3 Nr. 5 GenDG zu

Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitlichen Risiken des

Neugeborenen Screenings gemäß § 8 Abs. 1 GenDG und der Kinder-Richtlinien des G-

BA v. 21.12.2004 aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung gemäß § 8 Abs. 1 GenDG

zumindest eines Sorgeberechtigten auf der *Elterninformation* liegt vor.

Ich beauftrage die **Hebamme** Frau

Name: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

mit der Durchführung des Neugeborenen Screenings.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin