

**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
(Stempel der Praxis)

* ggf. streichen