

Herrn Prof. Dr. Carsten Denkert  
Institut für Pathologie (Standort Marburg)  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH  
Conradstraße  
**35043 Marburg**  
Tel. 06421 / 5862270  
Fax. 06421 / 5865640

Patientin:

## **E i n v e r s t ä n d n i s e r k l ä r u n g**

Ich/Wir, die Mutter/die Eltern des am .....

im Krankenhaus .....

geborenen weiblichen/männlichen Kindes

sind damit einverstanden, dass zur Abklärung der Todesursache eine wissenschaftliche Sektion im Institut für Pathologie der Philipps-Universität Marburg vorgenommen wird.

willigen ein, dass evtl. erforderliche Chromosomen- und Genuntersuchungen für eine weitergehende diagnostische Abklärung der zugrunde liegenden Entwicklungsstörungen unseres Kindes durchgeführt werden können. Über Aussagekraft und Tragweite dieser Untersuchungen sind wir durch Frau/Herrn Dr. .... aufgeklärt worden.

willigen ein, dass das Untersuchungsmaterial ggf. für evtl. wissenschaftliche Untersuchungen verwendet werden kann. In diesem Fall wird ein Bezug zu den persönlichen Daten gelöscht.

sind mit einer Untersuchung meines/unseres Kindes zur weiterführenden Diagnostik und Abklärung von Krankheitsursachen nicht einverstanden.

Wenn das Kind, als es auf die Welt kam, Lebenszeichen zeigte besteht Bestattungspflicht durch mich / uns (FBG Hessen 2007).

Ich / Wir werden ein Bestattungsinstitut mit der Bestattung beauftragen.

Wenn das Kind, keine Lebenszeichen zeigte, mehr als 500g wog und nach Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren worden ist besteht Bestattungspflicht durch mich / uns (FBG Hessen 2007).

Ich/Wir werden ein Bestattungsinstitut mit der Bestattung beauftragen.

Wenn das Kind, als es auf die Welt kam, keine Lebenszeichen zeigte und weniger als 500g wog, oder keine Lebenszeichen zeigte, mehr als 500 g wog und vor Ablauf des sechsten Schwangerschaftsmonats geboren ist besteht keine Bestattungspflicht durch mich/uns (FBG Hessen 2007).

Ich/Wir wünschen eine Sammelbestattung durch das Institut für Pathologie Marburg. Kosten entstehen mir/uns dadurch nicht.

Ich/Wir wünschen eine Sammelbestattung durch die Klinik am Heimatort. Das Kind soll nach Abschluss der Untersuchungen wieder nach ..... zurückgesandt werden.

Ich/Wir wünschen eine eigene Bestattung meines/unseres Kindes. Nach der Untersuchung werde ich/werden wir ein Bestattungsunternehmen beauftragen (die Kosten für die eigene Bestattung trage ich/tragen wir selbst).

Ich/Wir wünschen eine eigene Bestattung meines/unseres Kindes. Nach der Untersuchung werde ich/werden wir das Kind in Marburg abholen (die Kosten für die eigene Bestattung trage ich/tragen wir selbst).

....., den .....

(Mutter) .....

(Vater) .....