

Einwilligungserklärung für die Durchführung des HIV-Tests (Screeningtest, Bestätigungstest, ggf. PCR)

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Die Infektion mit dem humanen Immunschwäche-Virus (HIV) führt zu einer zunehmenden Zerstörung des Immunsystems. In deren Folge entwickelt sich, wenn nicht behandelt, innerhalb von Jahren die Immunschwäche-Krankheit AIDS.

Die Übertragung des Virus erfolgt zumeist durch ungeschützten Geschlechtsverkehr oder durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzenbestecken beim Drogenkonsum. Auch eine infizierte Mutter kann vor oder bei der Geburt sowie durch das Stillen das HIV auf ihr Kind übertragen. Das HI-Virus wird nicht durch alltägliche soziale Kontakte (gemeinsames Wohnen und Arbeiten, Händeschütteln, gemeinsames Benutzen von Geschirr, Toilette etc.) übertragen. Die Gabe von Blut oder Blutprodukten ist inzwischen sehr sicher geworden, jedoch kann eine HIV-Übertragung noch immer nicht zu 100% ausgeschlossen werden.

Die Besonderheit der HIV-Infektion liegt darin, dass viele HIV-Infizierte von ihrer Infektion nichts wissen, weil das symptomfreie Stadium der HIV-Infektion Monate bis Jahre andauern kann. Diese Personen können andere z.B. durch ungeschützten Geschlechtsverkehr oder durch das gemeinsame Benutzen von Spritzenbestecken beim Drogengebrauch anstecken.

Es gibt daher gute Gründe, sich einem HIV-Test zu unterziehen. Ein HIV-Test nach einer Risikosituation (Exposition) oder am Anfang einer neuen Beziehung kann Klarheit und ein gewisses Maß an Sicherheit bringen.

Zu Risikosituationen zählen: Ungeschützter eindringender Vaginal- oder Analverkehr, eine Kondom-Panne: Reißen, Abrutschen oder unsachgemäße Verwendung, ungenügende Qualität oder schlechte Lagerung der Kondome, Spritzentausch unter Intravenös-Drogenkonsumierenden, Übertragung auf das Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt und beim Stillen (hierzu gibt es spezielle Beratungsangebote in Fachzentren zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Stillen mit HIV-Infektion) oder direkter Kontakt mit fremdem Blut (z.B. bei Verletzungen).

Das Vorliegen einer HIV-Infektion kann durch den **HIV-Antikörpertest** festgestellt werden. Dafür ist eine Blutentnahme und die Durchführung eines HIV-Antikörper-/Antigen-Suchtests der 4. Generation (**Screeningtest**) erforderlich.

Ein positives Ergebnis im Screeningtest muss immer mit Hilfe eines 2. Testverfahrens, dem sogenannten **Bestätigungstest (Immunoblot)**, überprüft werden. Dieser zweite Test wird bei uns im Fall eines positiven oder schwach reaktiven Screeningtests automatisch durchgeführt.

Ein einmalig negatives Testergebnis schließt eine Infektion mit HIV nicht mit Sicherheit aus, da die Antikörperbildung, die für den indirekten Nachweis einer Infektion erforderlich ist, mit einer Verzögerung von Wochen, ggf. sogar Monaten stattfindet. Erst ca. 6 Wochen nach einer möglichen Exposition kann bei einem negativen Ergebnis im Screeningtest eine Infektion mit großer Sicherheit ausgeschlossen werden. Der / die Infizierte, der / die sich durchaus gesund fühlen kann, kann aber bereits einige Tage nach erfolgter Infektion



ansteckend sein. In diesem frühen Stadium kann die Infektion nur mittels eines **HIV-Nukleinsäureamplifikationstest (HIV-PCR-Test)** nachgewiesen werden. Ein solcher HIV-PCR-Test bedarf einer gesonderten Beauftragung und kann ebenfalls von uns durchgeführt werden.

Das Ergebnis des HIV-Tests unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Nach dem Infektionsschutzgesetz (§ 7 Abs. 3) muss allerdings eine nichtnamentliche Meldung an das Robert Koch-Institut erfolgen.**

Wegen der schwerwiegenden Konsequenzen sollte ein positives Ergebnis immer aus einer zweiten Blutprobe kontrolliert werden, u.a. um eine Probenverwechslung oder Kontamination auszuschließen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit der Durchführung des HIV-Tests (Screeningtest) und im Falle eines **positiven** oder **schwach reaktiven** Ergebnisses mit der zusätzlichen Durchführung des Bestätigungstests (Immunoblot) bin ich einverstanden:

ja

Mit der Durchführung eines zusätzlichen HIV-PCR-Tests inkl. der zusätzlichen Kostenübernahme bin ich einverstanden:

ja

nein

Im Falle eines negativen Testergebnisses bin ich mit der Ergebnismitteilung auf einem sicheren elektronischen Übertragungsweg einverstanden:

ja

nein

Im Falle eines unklaren, grenzwertigen oder positiven HIV-Testergebnisses wünsche ich:

die Benachrichtigung mit der Bitte um Terminvereinbarung für eine ärztliche Befundbesprechung

oder

ausdrücklich die Zusendung meines Testergebnisses auf einem sicheren elektronischen Übertragungsweg **ohne** ärztliche Befundbesprechung

Anmerkungen:

.....

.....



27.11.2023

MVZ_FLT-00105 V1

Seite 2 von 3

Inkraftsetzung:

07.11.2023

Datum

Vorstehende Einwilligungserklärung für die Durchführung des HIV-Tests (Screeningtest, Bestätigungstest, ggf. PCR) habe ich **erhalten und verstanden:**

Unterschrift des Patienten

Vorstehende Einwilligungserklärung ausgehändigt durch:

Name des Mitarbeitenden

Unterschrift des Mitarbeitenden

Arbeitskopie



27.11.2023

MVZ_FLT-00105 V1

Seite 3 von 3

Inkraftsetzung:

07.11.2023