

## Wichtige Telefonnummern

### HIV/AIDS Hotlines (gebührenfrei) für den Bundesstaat New York

Wenden Sie sich an die Hotlines, um Informationen zu HIV und AIDS zu erhalten und um Zentren zu finden, die HIV-Tests durchführen.

- 1-800-541-AIDS (2437) • Englisch
- 1-800-233-SIDA (7432) • Spanisch

### Informationen zu HIV/AIDS für Gehörlose (TTY/TTD) für den Bundesstaat New York

- 1-212-925-9560

Hörende bitte den Gehörlosenservice (Relais) für New York benutzen:

- 711 oder 1-800-421-1220 (bitte Sie darum, mit folgender Nummer verbunden zu werden: 1-212-925-9560)

### HIV/AIDS Beratung für den Bundesstaat New York

- 1-800-872-2777

### NYSDOH Anonymes HIV-Beratungs- und Testprogramm

Für Informationen zu HIV, Überweisungen und Hinweisen, wie Sie einen kostenlosen, anonymen HIV-Test machen lassen können, rufen Sie das Anonyme HIV-Beratungs- und Testprogramm an.

- Region Albany 1-800-962-5065
- Region Buffalo 1-800-962-5064
- Region Nassau 1-800-462-6785
- Region New Rochelle 1-800-828-0064
- Region Queens 1-800-462-6785
- Region Rochester 1-800-962-5063
- Region Suffolk 1-800-462-6786
- Region Syracuse 1-800-562-9423

### NYCDOHMH HIV/AIDS Hotline: 1-800-TALK-HIV (1-800-825-5448)

### Hilfsprogramm für Partner des Bundesstaats New York: 1-800-541-AIDS

### Hilfsprogramm für die Benachrichtigung von Partnern der Stadt New York: 1-212-693-1419

### Vertraulichkeit

- Vertraulichkeits-Beratung des Bundesstaats New York 1-800-962-5065
- Zentrum für juristische Anliegen 1-212-243-1313 oder 1-800-223-4044

### Menschenrechte/Diskriminierung

- Menschenrechtsabteilung des Bundesstaats New York 1-800-523-2437
- Menschenrechtskommission der Stadt New York 1-212-306-7500

# Einwilligungserklärung für HIV-Tests

HIV Tests sind freiwillig. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit durch Mitteilung an Ihren Arzt zurückgezogen werden. Bitte lesen Sie die Teile A und B dieses Formulars durch und unterschreiben Sie unten auf Teil B, wenn Sie die nachstehenden Informationen verstanden haben und einen HIV-Test machen lassen möchten.

HIV-Infektionen stellen ein ernsthaftes gesundheitliches Problem dar.

Das Gesundheitsamt des Bundesstaats New York empfiehlt HIV-Tests. Schwangeren Frauen wird außerdem zu einem HIV-Test früh in der Schwangerschaft und zu einem weiteren Test zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft geraten.

Außer bei beschleunigten HIV-Tests mit Laboreinheiten ersetzt dieses Formular ab 1. Juni 2005 andere Einwilligungserklärungen für HIV-Tests.

HINWEIS: Dieses Formular sollte in Verbindung mit dem Dokument DOH-2556, Teil B, verwendet werden.

Teil



## HIV ist das Virus, das AIDS verursacht.

- HIV wird von einer Person auf eine andere während ungeschütztem Geschlechtsverkehr (vaginaler, analer oder oraler Geschlechtsverkehr ohne Kondom) mit einer HIV-infizierten Person übertragen.
- HIV wird durch Kontakt mit Blut, wie beim gemeinsamen Benutzen von Nadeln (Piercings, Tätowierungen oder Spritzen von Drogen) und anderem Drogenbesteck, mit einer HIV-infizierten Person übertragen.

## Ein HIV-Test ist die einzige Möglichkeit, um festzustellen, ob Sie sich mit dem HIV-Virus infiziert haben.

- HIV-Tests sind nicht gefährlich. Sie umfassen eine oder mehrere Proben (Blut, orale Flüssigkeit, Urin).
- Ihr Berater oder Arzt erklärt Ihnen Ihre Testergebnisse sowie weitere Tests, die möglicherweise durchgeführt werden müssen.

## Ihr HIV-Test umfasst heute:

- Einen Test, mit dem festgestellt wird, ob Sie mit dem HIV-Virus infiziert sind (ein Antikörpertest oder ein Test, mit dem das Virus nachgewiesen wird);
- Falls Sie HIV-positiv sind, dienen weitere Tests dazu:
  - Ihren Arzt bei der Wahl der besten Behandlung für Sie zu unterstützen.
  - das Gesundheitsamt mit Programmen zur Prävention von HIV zu unterstützen.

## Es stehen mehrere Testmöglichkeiten zur Verfügung.

- Sie können sich für einen vertraulichen Test entscheiden, bei dem die Ergebnisse in Ihren Patientenunterlagen vermerkt und für HIV und andere Gesundheitsdienste Ihrem Arzt mitgeteilt werden können.
- Sie können sich für einen anonymen Test entscheiden, d.h. Sie geben Ihren Namen nicht bekannt, und die Ergebnisse werden nicht gespeichert. Falls Ihr anonym Test HIV-positiv ausfällt, können Sie Ihren Namen später immer noch angeben, damit Sie schneller eine medizinische Betreuung bekommen.
- Um weitere Informationen zu den Testmöglichkeiten und Zentren, die kostenlose anonyme Tests durchführen, zu erhalten, wenden Sie sich an Ihren Berater/Arzt oder rufen Sie die Nummer 1-800-541-AIDS an.

## HIV-Tests sind wichtig für Ihre Gesundheit.

- Falls Ihr Testergebnis negativ ist, können Sie erfahren, wie Sie sich vor zukünftigen Infektionen schützen können.
- Falls Ihr Testergebnis positiv ist:
  - Können Sie Schritte unternehmen, um die Übertragung des Virus auf andere zu verhindern.
  - Können Sie eine Behandlung für HIV erhalten und sich über andere Methoden informieren, wie Sie gesund bleiben können. Als Teil der Behandlung werden weitere Tests durchgeführt, um die für Sie beste Behandlung zu bestimmen. Zu diesen Tests gehören Tests zur Viruslast und Virusresistenz.

## HIV-Tests sind für schwangere Frauen besonders wichtig.

- Eine infizierte Mutter kann das HIV-Virus während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder durch Stillen auf ihr Kind übertragen.
- Es ist viel besser, wenn Sie Ihren HIV-Status vor oder früh in der Schwangerschaft wissen, damit Sie wichtige Entscheidungen im Interesse Ihrer Gesundheit und der Ihres Kindes fällen können.
- Falls Sie schwanger und HIV-positiv sind, stehen Ihnen Behandlungen zur Verfügung, die Ihrer eigenen Gesundheit dienen und eine Übertragung des HIV-Virus auf Ihr Kind verhindern. Falls Sie HIV-positiv sind und nicht behandelt werden, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass Sie das HIV-Virus auf Ihr Kind übertragen, eins zu vier. Falls Sie behandelt werden, ist die Wahrscheinlichkeit, dass das HIV-Virus auf Ihr Kind übertragen wird, sehr viel geringer.
- Falls Sie während Ihrer Schwangerschaft keinen HIV-Test durchführen lassen, empfiehlt Ihnen der Arzt, bei der Geburt einen Test machen zu lassen. Auf jeden Fall wird Ihr Kind nach der Geburt getestet. Ein positiver Test des Kindes bedeutet, dass Sie HIV-positiv sind und das Kind mit dem Virus in Kontakt war.

## Falls Ihr Test positiv ist:

### Die bundesstaatlichen Gesetze schreiben die Vertraulichkeit Ihrer Ergebnisse vor und schützen Sie vor Diskriminierung aufgrund Ihres HIV-Status.

- In fast allen Fällen werden Sie um eine schriftliche Zustimmung gebeten, damit Ihr HIV-Testergebnis anderen mitgeteilt werden darf.
- Ihre HIV-Informationen können an Ihren Arzt oder den Arzt Ihres Kindes, an Gesundheitsbeauftragte (falls gesetzlich erforderlich), an Versicherer (um Leistungen möglich zu machen), an Personen, die an der Erziehung oder Adoption beteiligt sind, an Bewährungsberater, an Ärzte und Pflegekräfte, die versehentlich mit Ihrem Blut in Kontakt kommen könnten und auf richterliche Anordnung bekannt gegeben werden.
- Die Namen von HIV-infizierten Personen werden dem Gesundheitsamt des Bundesstaats gemeldet, um die Epidemie zu verfolgen und entsprechende Maßnahmen zu planen.
- Anonyme HIV-Beratung unter der Rufnummer 1-800-962-5065 steht Ihnen zur Beantwortung Ihrer Fragen und bei Problemen mit der Vertraulichkeit zur Verfügung.
- Die Menschenrechtsabteilung des Bundesstaats New York unter der Rufnummer 1-800-523-2437 steht Ihnen zur Verfügung, wenn Sie glauben, aufgrund Ihres HIV-Status diskriminiert worden zu sein.

### Ihr Berater/Arzt wird mit Ihnen darüber sprechen, Ihre Geschlechtspartner oder Partner, mit denen Sie Nadeln gemeinsam benutzen, über einen möglichen Kontakt mit HIV zu informieren.

- Ihre Partner müssen darüber informiert werden, dass sie möglicherweise mit HIV in Kontakt waren, damit sie getestet werden und eine Behandlung erhalten können, falls sie HIV-positiv sind.
- Falls Ihr Arzt den Namen Ihres Partners/Ihrer Partnerin oder anderer Partner kennt, muss er/sie den Namen dem Gesundheitsamt melden.
- Berater des Gesundheitsamts können Ihre Partner informieren, ohne dabei Ihren Namen zu nennen.
- Zu Ihrer eigenen Sicherheit wird Ihr Berater oder Arzt Sie über das Risiko eines Gewaltausbruchs aller zu informierenden Partner befragen.
- Falls ein Risiko zum Gewaltausbruch besteht, informiert das Gesundheitsamt die Partner nicht umgehend und hilft Ihnen, Hilfe zu erhalten.

Mein Arzt hat alle meine Fragen zum HIV-Test beantwortet und mir schriftliche Informationen mit den folgenden Details zum HIV-Test zukommen lassen:

Teil

**B**

- HIV ist das Virus, das AIDS verursacht.
- Ein HIV-Test ist die einzige Möglichkeit, um festzustellen, ob Sie sich mit dem HIV-Virus infiziert haben.
- HIV-Tests sind wichtig für Ihre Gesundheit, besonders für schwangere Frauen.
- HIV-Tests sind freiwillig. Die Einwilligungserklärung kann jederzeit zurückgezogen werden.
- Es stehen mehrere Testmöglichkeiten zur Auswahl, darunter auch anonyme und vertrauliche.
- Die bundesstaatlichen Gesetze schützen die Vertraulichkeit der Ergebnisse und auch Personen vor Diskriminierung aufgrund ihres HIV-Status.
- Falls Ihr Testergebnis positiv ausfällt, wird Ihr Arzt mit Ihnen darüber sprechen, wie Ihre Geschlechts- oder Nadelpartner über einen möglichen Kontakt informiert werden können.

Ich gebe mein Einverständnis für einen Test zur Diagnose einer HIV-Infektion. Falls ich HIV-positiv bin, stimme ich weiteren Tests zu, die mit derselben Blutprobe gemacht werden können, um die für mich beste Behandlung zu bestimmen und die Programme zur Prävention von HIV zu unterstützen. Ich stimme auch zukünftigen Tests zu, um meine Behandlung zu bestimmen. Mir ist klar, dass ich meine Einwilligungserklärung für zukünftige Tests jederzeit zurückziehen kann.

#### Nur für schwangere Frauen:

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Tests ermächtige ich meinen Arzt, diagnostische HIV-Tests zu einem späteren Zeitpunkt während dieser Schwangerschaft zu wiederholen. Mir ist klar, dass mein Arzt den Test mit mir bespricht, bevor der Test wiederholt wird und mir die Testergebnisse bekannt gegeben werden. Die Einwilligung für wiederholte Tests beschränkt sich lediglich auf diese Schwangerschaft und kann jederzeit zurückgezogen werden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

(Zu testende Person oder rechtlich bevollmächtigter Vertreter)

Bei einem rechtlichen Vertreter bitte die Beziehung zum Patienten angeben: \_\_\_\_\_

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_

Krankenblatt Nr.: \_\_\_\_\_

Außer bei beschleunigten HIV Tests mit Laboreinheiten ersetzt dieses Formular ab 1. Juni 2005 andere Einwilligungserklärungen für HIV-Tests.

HINWEIS: Dieses Formular sollte in Verbindung mit dem Dokument DOH-2556i, Teil A, verwendet werden.