

Name, Vorname		
geb. am		
Straße / Nummer		
Länderkennzeichen	PLZ	Ort



WM-3201-AT-002

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben  
oder eintragen

Original und Blutprobe  
in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft  Zwillingschwangerschaft

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular teilweise nur das generische Maskulinum verwendet. Die weibliche Form ist ausdrücklich mit eingeschlossen.

# PraenaTest® Flex (NIPT)

## Auftrag zur genetischen Untersuchung – SEPA-Lastschriftmandat

**Trisomien 21/18/13**   Untersuchung auf Trisomien 21/18/13. Frühestens ab Schwangerschaftswoche 9 + 0 p.m. 270,00 Euro

**Zusatzoptionen**

**SCA**   Untersuchung auf gonosomale Aneuploidien des X- und Y-Chromosoms (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom) 30,00 Euro

**Bestimmung des Geschlechts**    **Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.**

**RAA & CNV**   Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) sowie partielle Duplikationen und Deletionen ≥ 7 Mb der Chromosomen 1 bis 22 80,00 Euro

**Datum der Blutentnahme**

**Wiederholung (neue Blutprobe)**

**Einlingsschwangerschaft**   **Zwillingschwangerschaft**

**Schwangerschaftswoche**  +  p.m.

**Vanishing Twin**

**Klinische Angaben zur Schwangerschaft**

**Körpergröße**  cm

**aktuelles Gewicht**  kg

**Sprache der Ergebnismitteilung**

DE  EN

**Bestätigung des Auftrags durch den verantwortlichen Facharzt/-ärztin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes**

Ich habe die oben genannte Patientin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes humangenetisch beraten und aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung durch Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH.

**Name des verantwortlichen Arztes**

**Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen**

**E-Mail-Adresse des verantwortlichen Arztes**

**Ort, Datum** **Unterschrift des verantwortlichen Arztes**

**Einwilligung zur genetischen Untersuchung und zur Datennutzung**

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung. Ich wurde von meinem verantwortlichen Facharzt/-ärztin gemäß §69 des österreichischen Gentechnik-Gesetzes humangenetisch beraten und aufgeklärt. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine hiermit erhobenen personenbezogenen Daten an die Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH übermittelt und von ihr verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem verantwortlichen Arzt widerrufen. Bei Widerruf bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Die Datenschutzerklärung gem. § 13, 14 DSGVO kann unter <https://de.praenatal-medizin.de/datenschutzerklaerung> eingesehen werden.

Für wissenschaftliche Auswertungen und Veröffentlichungen sowie die Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten können Material und Ergebnisse in absolut anonymer Form genutzt werden.  Ja  Nein

**Telefonnummer der Patientin** **Ort, Datum** **Unterschrift der Patientin**

**E-Mail-Adresse der Patientin**

**Vereinbarung für Selbstzahlerin**

Ich möchte durch meinen verantwortlichen Arzt die genetische/n Untersuchung/en, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist/sind, als Selbstzahlerin in Anspruch nehmen. Der Wunsch kam nicht auf Initiative meines Arztes zustande. Die Untersuchung zahle ich selbst.

**SEPA-Lastschriftmandat – Gläubiger-ID: DE 71ZZZ00002550373:** Hiermit ermächtige ich die Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung gemäß der gewählten genetischen Untersuchung/en nach jeweils separater Ergebnismitteilung an den verantwortlichen Arzt einzuziehen. Liegt meine Anschrift vor, erhalte ich die Rechnung/en nach Zahlungseingang. Auch im Falle eines Widerrufs muss ich die erbrachte Dienstleistung bezahlen. Kein österreichisches oder deutsches Bankkonto? Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag vorab an Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH, IBAN DE54 2073 0017 7000 0063 00, Swift-BIC HYVEDEMM17, UniCredit (HypoVereinsbank).

**Vorname des Kontoinhabers** **IBAN**

**Nachname des Kontoinhabers** **Ort, Datum** **Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin**

Vom Arzt auszufüllen

Von der Patientin auszufüllen

Selbstzahlerin