

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis-/Arztstempel



WM-3201-DE-008

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

Trisomien 21/18/13 Untersuchung auf Trisomien 21/18/13. Frühestens ab Schwangerschaftswoche 9 + 0 p.m.

Kassenleistung. Laborüberweisung auf Muster 10 muss beiliegen.

IGeL-Leistung / Privatversicherte. Die Patientin nimmt die PraenaTest®-Analyse als Selbstzahlerin in Anspruch. 169,03 Euro

Zusatzoptionen

und/oder **SCA** Untersuchung auf gonosomale Aneuploidien des X- und Y-Chromosoms (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom) 17,49 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 87,45 Euro

Vom Arzt auszufüllen

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

Einverständniserklärung nach GenDG

Ich habe die oben genannte Patientin gemäß GenDG §7 beraten und aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung/en liegt vor.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

E-Mail-Adresse des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Bitte denken Sie an die Laborüberweisung auf Muster 10

Einwilligung zur genetischen Untersuchung und zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung/en. Ich wurde von meinem verantwortlichen Arzt gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt. 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-mezizin.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

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

Vom der Patientin auszufüllen

Vereinbarung für IGeL-Leistung für Privatversicherte & Selbstzahlerin

Ich möchte durch meinen verantwortlichen Arzt die genetische/n Untersuchung/en als IGeL-Leistung/en, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist/sind, als Selbstzahlerin/Privatpatientin 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 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 HYVEDEMME17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN

Ort, Datum Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin