

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

Praxis-/Arztstempel



WM-3205-DE-005

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® (NIPT)

Auftrag zur genetischen Untersuchung

Bitte beachten: Neues Formular
Gültig ab 18.09.2023

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

SCA



Untersuchung auf gonosomale Aneuploidien des X- und Y-Chromosoms (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom)

17,49 Euro

und/oder

Bestimmung des Geschlechts



Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.

Datum der Blutentnahme	TTMMJJJJ
<input type="checkbox"/> Wiederholung (neue Blutprobe)	
<input type="checkbox"/> Einlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/> Zwillingschwangerschaft
Schwangerschaftswoche	+ p.m.
<input type="checkbox"/> Vanishing Twin	
Klinische Angaben zur Schwangerschaft	
Körpergröße	cm
aktuelles Gewicht	kg
Sprache der Ergebnismitteilung	
<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> RU

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-mezin.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 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 an den verantwortlichen Arzt einzuziehen. Liegt meine Anschrift vor, erhalte ich die Rechnung 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 HYVEDEMM17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers	IBAN	
Nachname des Kontoinhabers	D E	
	Ort, Datum	Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin

Vom Arzt auszufüllen

Von der Patientin auszufüllen

Privatversicherte / Selbstzahlerin