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-006

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben
oder eintragen

Original und Blutprobe
in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft | Zwillingsschwangerschaft

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

☒ **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)

und / oder ☐ **Bestimmung des Geschlechts** — ☐ **Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.**

**17,49 Euro**

**Vom Arzt auszufüllen**

**Datum der Blutentnahme** TTMMJJJJ

☐ **Wiederholung (neue Blutprobe)**

☐ **Einlingsschwangerschaft** ☐ **Zwillingsschwangerschaft**

**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**

**Von der Patientin auszufüllen**

### 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-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

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum | **Unterschrift der Patientin** ✗

**Privatversicherte / Selbstzahlerin**

### 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 HYVEDEMME17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN
D E

Ort, Datum | **Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin** ✗

**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH** Friedenheimer Brücke 19, Friends Tower I, 80639 München, Telefon +49 (0) 89-23237356-550, Fax +49 (0) 89-23237356-90, NIPT@praenatal-medizin.de
Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), Amtsgericht München, HRB 253626, Sitz der Gesellschaft: München