

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Praxis-/Arztstempel

WM-3210-DE-003

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.

PraenaRhD NIPT zur Analyse des fetalen Rhesusfaktors D

Auftrag zur genetischen Untersuchung

☒ **PraenaRhD** Analyse des fetalen Rhesusfaktors D. Frühestens ab Schwangerschaftswoche 11+0 p.m.

☐ **Kassenleistung.** Laborüberweisung auf Muster 10 muss beiliegen. Abrechnung als Kassenleistung nur bei Einlingsschwangerschaften möglich.

☐ **IGeL-Leistung / Privatversicherte.** Die Patientin nimmt die PraenaRhD-Analyse als Selbstzahlerin in Anspruch. Auch bei Mehrlingsschwangerschaften möglich.

134.⁰⁷ 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 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

Ich willige in die Untersuchung der Analyse des fetalen Rhesusfaktors D ein. Ich kann meine Einwilligung 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-medin.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

Privatversicherte / Selbstzahlerin

Vereinbarung für IGeL-Leistung für Privatversicherte & Selbstzahlerin

Ich möchte durch meinen verantwortlichen Arzt die genetische Untersuchung als IGeL-Leistung, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, 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 Testkosten in Höhe von 134,07 Euro 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

Nachname des Kontoinhabers

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin