Informationen zur Patientin

Name, Vorname

geb. am

Straße / Nummer

Länderkennzeichen | PLZ | Ort

Praxis-/Arztstempel

WM-3212-AT-002

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben oder eintragen

Original und Blutprobe in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft

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

PraenaGenom (NIPS)

Auftrag zur genetischen Untersuchung – SEPA-Lastschriftmandat

☒ **Untersuchung auf Trisomien 21/18/13** — **270.00 Euro**

Auswahl erforderlich

Wählen Sie eine Option
Frühestens ab SSW 10 + 1 p.m.

☐ **SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 3 Mikrodeletionen** — **+ 150.00 Euro**
Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels)

☐ **SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 9 Mikrodeletionen** — **+ 190.00 Euro**
Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Cri-du-chat-Syndrom (5p-Deletionen); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels), 1p36-Deletionssyndrom; Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-Deletionen); Jacobsen-Syndrom (distales 11q-Deletionssyndrom); Langer-Giedion-Syndrom (Mikrodeletion 8q23.3-q24.11), Smith-Magenis-Syndrom (Mikrodeletion 17p11.2)

Vom Arzt auszufüllen

Datum der Blutentnahme TTMMJJJJ

☐ **Wiederholung (neue Blutprobe)**

☒ **Einlingsschwangerschaft**

Schwangerschaftswoche ___ + ___ p.m.

☐ **Vanishing Twin**

Klinische Angaben zur Schwangerschaft

Körpergröße ___ cm

aktuelles Gewicht ___ kg

Mitteilung des Geschlechts ☐ Ja ☐ erst ab SSW 14 + 0 p.m. ☐ Nein

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 zu den gewählten genetischen Untersuchungen liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchungen 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** ✗

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. 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, sowie (pseudonymisiert) durch das Partnerlabor Eurofins Genoma, Via Enrico Cialdini 16, Affori-Centre, 20161 Mailand, Italien, zur Unterstützung bei der Analyse der Laborergebnisse 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

E-Mail-Adresse der Patientin

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

Selbstzahler

Vereinbarung für Selbstzahler

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

Vorname des Kontoinhabers | IBAN

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

Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH Friedenheimer Brücke 19, Friends Tower I, 80639 München, Telefon +43-720022-795, Fax +49-89-23237356-90, NIPT@praenatal-medizin.de
Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Maja Herberg, Amtsgericht München, HRB 253626, Sitz der Gesellschaft: München