



Bitte senden Sie Ihre Materialbestellung
per Fax an +49 (0) 89-23237356-90

Anzahl (bitte ankreuzen)


PraenaTest®

	Blutentnahme-Set	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
	Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaTest® – Kassenleistung	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
	Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaTest® Flex	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50


PraenaTest® Broschüre für Ihre Patientinnen

	Deutsch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50	Arabisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
	Englisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50	Russisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
	Französisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	Polnisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
	Italienisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	Ukrainisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20
	Türkisch	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20				


PraenaTest® Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung für Ihre Patientinnen

	Deutsch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 30	Arabisch	<input type="checkbox"/> 5
	Englisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20		Russisch	<input type="checkbox"/> 5
	Französisch		<input type="checkbox"/> 5		Polnisch	<input type="checkbox"/> 5
	Italienisch		<input type="checkbox"/> 5		Ukrainisch	<input type="checkbox"/> 5
	Türkisch		<input type="checkbox"/> 5			

Servicematerial

	PraenaTest® Arztinformation	<input type="checkbox"/> 1
	PraenaTest® Ergänzende Informationen zu Chromosomenstörungen / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10
	PraenaTest® Mutterpassetiketten (5 Etiketten/Blatt)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10



PraenaRhD

	Blutentnahme-Set	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
	Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular PraenaRhD	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50

Informations- und Servicematerial

	PraenaRhD Broschüre für Ihre Patientinnen / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
	PraenaRhD Arztinformation	<input type="checkbox"/> 1		
	PraenaRhD Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung für Ihre Patientinnen / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10		
	PraenaRhD Mutterpassetiketten (5 Etiketten/Blatt)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10		

Blutentnahme-Set Zubehör

	Kühlpads	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
	Deutsche Post Versandhülle	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50

Bitte senden Sie obiges Informationsmaterial an folgende Praxis-/Klinikadresse:

Praxis / Klinik	Praxisstempel
Straße / Hausnummer	
PLZ / Ort	
Ansprechpartner	

