

Nachname / Vorname

Geburtsdatum



WM-3205-AT-002

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben
oder eintragenOriginal 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® Flex (NIPT)

Auftrag zur genetischen Untersuchung

 Trisomien 21/18/13

Untersuchung auf Trisomien 21/18/13. Frühestens ab Schwangerschaftswoche 9 + 0 p.m.

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. RAA & CNVUntersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) sowie partielle Duplikationen und Deletionen ≥ 7 Mb der Chromosomen 1 bis 22

Datum der Blutentnahme

TTMMJJJJ

 Wiederholung (neue Blutprobe) Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

Schwangerschaftswoche

+

p.m.

 Vanishing Twin

Klinische Angaben zur Schwangerschaft

Körpergröße

cm

aktuelles Gewicht

kg

Sprache der Ergebnismitteilung

 DE EN

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 zur gewählten genetischen Untersuchung liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung 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

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 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

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin