



WM-3016-CH-001

**Von der PATIENTIN auszufüllen – Bitte deutlich in GROSSBUCHSTABEN schreiben – Formular wird maschinell gelesen. Zusammen mit der Blutprobe in der Rücksendebox zurücksenden.**

**To be filled out by the PATIENT – Please write clearly in CAPITAL LETTERS – The form will be machine-read. Return together with the blood sample in the return box.**

Feld für Barcode

Einsendendes Labor, Distributor

Laboratory sending the samples / Distributor

Kunden-Nr. / Customer no.

## H1 Sehr geehrte Patientin / Dear patient

\* Länderkennzeichen  
\* Country code

damit wir Ihnen die gewählte PraenaTest® Option in Rechnung stellen können, benötigen wir Ihre vollständigen Kontaktdaten.

please fill in your contact details so that we can invoice you for the selected PraenaTest® option.

Vor- und Nachname / First name, last name

Straße, Hausnummer / Street, number

Telefon / Telephone

Fax

LKZ/CC\*

PLZ / ZIP

Ort / City

Name der Krankenversicherung (Grund- und / oder Zusatzversicherung) / Name of health insurer (basic and / or supplementary insurance)

Versichertennummer (Grund- oder Zusatzversicherungsnummer) / Insurance number (basic or supplementary insurance number)

## H2 Auftrag zur Durchführung des PraenaTest® / Order to perform the PraenaTest®

\* nur für Einlingsschwangerschaft  
\* for singleton pregnancy only

In Absprache und mit Zustimmung meiner/meines verantwortlichen Ärztin/Arztes wähle ich folgende Testoption.

In consultation and in agreement with my responsible doctor, I am selecting the following test option:

**Testoption 1 / Test option 1**  
Bestimmung der fetalen Trisomien 21  
Determination of fetal trisomy 21

**CHF 800**

**Express-Service**  
Express service **+ CHF 100**

**Testoption 2 / Test option 2**  
Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18  
und 13  
Determination of fetal trisomy 21, 18 and 13

**CHF 950**

**Express-Service**  
Express service **+ CHF 100**

**Testoption 3\* / Test option 3\***  
Bestimmung der fetalen Trisomien 21, 18  
und 13 sowie gonosomaler Aneuploidien  
Determination of fetal trisomy 21, 18 and 13  
as well as gonosomal aneuploidy

**CHF 1.100**

**Express-Service**  
Express service **+ CHF 100**

## H3 Nur für versicherte Patientinnen der Helsana-Gruppe / Only for insured patients of the Helsana group

Als PRIMEO- oder Helsana-Versicherte ohne PRIMEO profitieren Sie von exklusiven Helsana-Sonderkonditionen. Mit LifeCodexx AG wurde ein Fixpreis von CHF 900 ausgehandelt, welcher für alle drei verfügbaren PraenaTest®-Optionen 1 – 3 inklusive Express-Service für eine raschere Resultatverfügbarkeit gilt. Dies bedeutet eine Kosteneinsparung von CHF 300 bei der Testoption 3 mit Express-Service.

Haben Sie die ambulante Zusatzversicherung PRIMEO der Helsana-Gruppe (Helsana, Progrès, Sansan, Avanex) abgeschlossen?  Ja  Nein

The reimbursement of the PraenaTest®-costs follows according to the insurance conditions PRIMEO.

As a PRIMEO or Helsana insured person without PRIMEO you enjoy exclusive Helsana special conditions. A fixed price of CHF 900 has been negotiated with LifeCodexx AG and applies to all three available PraenaTest® options 1 – 3, including the express service for quicker results. This is equivalent to a CHF 300 saving for test option 3 with express service.

Have you taken out PRIMEO outpatient supplementary insurance with a company of the Helsana Group (Helsana, Progrès, Sansan, Avanex)? The costs for a PraenaTest® are reimbursed as per the PRIMEO insurance conditions.  Yes  No

H4 Ort / Place

Datum / Date (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift der Patientin / Vertragspartnerin / Signature of the patient / contractpartner



WM-3016-CH-001

À remplir par le PATIENT – Veuillez s'il vous plaît écrire lisiblement en LETTRES CAPITALES. Le formulaire sera lu automatiquement. Retourner le formulaire avec l'échantillon sanguin dans la boîte de réexpédition.

Per essere compilato dal PAZIENTE – Si prega di scrivere chiaramente in STAMPATELLO. Il modulo verrà elaborato in modo elettronico. Inviare la copia unitamente al campione di sangue nell'apposita scatola di restituzione.

Feld für Barcode
<b>Laboratoire expéditeur, distributeur</b> Laboratorio inviante, Distributore
Kunden-Nr. / Customer no.

## H1 Cher patient / Caro paziente

\* Code pays  
\* Sigla paese

Afin que nous puissions vous fournir l'option sélectionnée PraenaTest® en compte, nous avons besoin de vos coordonnées complètes  
In modo che possiamo fornire con l'opzione selezionata PraenaTest® in conto, abbiamo bisogno dei vostri dati completi.

Prénom, nom / Nome, Cognome

Rue, n° / Via, N.

Téléphone / Telefono

Fax

CP/SP\*

CP/CAP

Localité / Città

Nom de l'assurance-maladie (assurance de base et/ou assurance complémentaire) / Nome dell'assicurazione malattia (assicurazione di base e/o integrativa)

Numéro d'assuré(e) (assurance de base ou assurance complémentaire) / Numero d'assicurato (assicurazione di base e/o integrativa)

## H2 Demande de réalisation du PraenaTest® / Ordine di esecuzione del PraenaTest®

\* seulement pour grossesse simple  
\* solo per gravidanza singola

Après consultation de mon médecin responsable et avec son accord, je choisis pour le test l'option suivante :  
Dopo aver consultato e ottenuto l'assenso del mio medico responsabile, scelgo la seguente opzione del test:

<input type="checkbox"/>	<b>Option 1 / Opzione del test 1</b> Test foetal de dépistage de la trisomie 21 Determinazione della trisomia fetale 21	<b>CHF 800</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Service express</b> Servizio Express	<b>+ CHF 100</b>

<input type="checkbox"/>	<b>Option 2 / Opzione del test 2</b> Test foetal de dépistage de la trisomie 21, 18 et 13 Determinazione della trisomia fetale 21, 18 e 13	<b>CHF 950</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Service express</b> Servizio Express	<b>+ CHF 100</b>

<input type="checkbox"/>	<b>Option 3* / Opzione del test 3*</b> Test foetal de dépistage de la trisomie 21, 18 et 13 et des aneuploidies gonosomiques Determinazione della trisomia fetale 21, 18 e 13 e delle aneuploidie gonosomiche	<b>CHF 1.100</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Service express</b> Servizio Express	<b>+ CHF 100</b>

## H3 Uniquement pour les patients assure auprès du Groupe Helsana / Esclusivamente per i pazienti assicurati del gruppo Helsana

En tant qu'assuré PRIMEO ou assuré d'Helsana sans PRIMEO, vous bénéficiez de conditions préférentielles exclusives d'Helsana. Un prix fixe de CHF 900 a été négocié avec LifeCodexx AG, applicable aux trois options (1 - 3) disponibles du PraenaTest®, y compris le service express permettant d'obtenir plus rapidement les résultats. Cela représente une économie de CHF 300 pour l'option 3 du test avec service express.

Avez-vous conclu l'assurance complémentaire des soins pour les prestations ambulatoires PRIMEO auprès du Groupe Helsana (Helsana, Progrès, Sansan, Avanex)? Le remboursement des frais du PraenaTest® est régi par les Conditions d'assurance de PRIMEO.

Oui  Non

In qualità di assicurato PRIMEO o Helsana senza PRIMEO può beneficiare delle esclusive condizioni speciali Helsana. Con LifeCodexx AG è stato negoziato un prezzo fisso pari a CHF 900, valido per le tre opzioni 1 - 3 del PraenaTest®, incluso servizio espresso per una disponibilità dei risultati più rapida, con conseguente risparmio in termini di costi pari a CHF 300 per l'opzione di test 3 con servizio espresso.

Ha stipulato l'assicurazione integrativa ambulatoriale PRIMEO del gruppo Helsana (Helsana, Progrès, Sansan, Avanex)? Il rimborso dei costi per il PraenaTest® viene effettuato in base alle condizioni di assicurazione PRIMEO.

Sì  No

H4 Lieu / Località

Date / Data (TT/MM/JJJJ)

Signature de la patiente / Cocontractante / Firma della paziente / Parte contraente