Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Praxis-/Arztstempel

Auftrag zur genetischen Untersuchung

WM-3090-DE-005

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben oder eintragen

Original und Blutprobe in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft | Zwillingsschwangerschaft

PraenaTest®

mind. SSW 9 + 0 p.m.; max. SSW 32 + 1 p.m.

☐ **Option 1**	1	Trisomie 21	129,– Euro
☐ **Option 2**	1 2	Trisomien 21/18/13	228,– Euro
☐ **Option 2 *Plus***	1 2	Trisomien 21/18/13, seltene autosomale Aneuploidien (RAA*)	378,– Euro
☐ **Option 3**	1	Trisomien 21/18/13, gonosomale Aneuploidien (X/Y)	268,– Euro
☐ **Option 3 *Plus***	1	Trisomien 21/18/13, gonosomale Aneuploidien (X/Y), RAA*	418,– Euro

* RAA: Untersuchung der autosomalen Chr. 1 – 12, 14 – 17, 19 – 20, 22 hinsichtlich Monosomie & Trisomie sowie Chr. 13, 18, 21 hinsichtlich Monosomie.

PraenaTest® Zusatzoptionen

☐ **Fetales Geschlecht** – 1 2 / alle Optionen ☐ Ergebnis erst in SSW 14 + 0 p.m.**	kostenfrei
☐ **22q11.2 Mikrodeletion** – 1 / nicht Option 1. **Bitte Faktenblatt beachten!**	39,– Euro

** d.h. SSW 12 + 0 p.c. gem. § 15 Abs. 1 GenDG

☐ **Nachträgliche Bestimmung 22q11.2 Mikrodeletion** – 1 / ohne neue Blutprobe — 69,– Euro

Nachträgliche Datenanalyse eines PraenaTest®-Auftrags nicht älter als drei Monate (nicht Option 1). **Bitte Faktenblatt beachten!**
Auftrag per Fax an: 07531-9769480

Alte Barcode-Nr.

NIPD-RhD

mind. SSW 11 + 0 p.m.

Nicht invasive pränatale RhD-Bestimmung für RhD-negative Schwangere.

Schwangere darf kein niedermolekulares Heparin (NMH) erhalten!
Bitte Faktenblatt beachten!

☐ **NIPD-RhD** – 1 / in Kombination mit PraenaTest®	zzgl. 129,– Euro
☐ **NIPD-RhD** – 1 / Einzelanforderung	149,– Euro

Konzeptionsdatum (TT/MM/JJJJ)

Ethnische Herkunft	Patientin	Biol. Vater
Europa	☐	☐
Nordafrika	☐	☐
Afrika/Karibik	☐	☐
Mittlerer Osten	☐	☐
Asien	☐	☐
Andere		

Preise inkl. MwSt. und Versand.

Vom Arzt auszufüllen

Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJJJ)

☐ **Wiederholung (neue Blutprobe)**

☐ 1 **Einlingsschwangerschaft** ☐ 2 **Zwillingsschwangerschaft**

Schwangerschaftswoche (SSW) + p.m.

Weitere Informationen zur Schwangerschaft (z.B. vanishing twin)

Körpergröße cm

Gewicht vor der Schwangerschaft kg

Anforderung nach GenDG

Ich habe oben genannte Patientin gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung liegt vor. Ich bestätige hiermit den Auftrag zu/r oben gewählten genetischen Untersuchung/en durch Eurofins LifeCodexx bzw. Eurofins Biomnis, Frankreich, bei NIPD-RhD gemäß § 7 GenDG.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

Ort, Datum | **Unterschrift des verantwortlichen Arztes** ✗

Ergebnismitteilung für PraenaTest® (NIPD-RhD: nur EN)

☐ DE ☐ EN ☐ ES ☐ FR ☐ IT ☐ NL ☐ TR ☐ RO ☐ RU

Von der Patientin auszufüllen

Vereinbarung über eine Selbstzahlerleistung

Ich möchte durch meinen verantwortlichen Arzt die genetische/n Untersuchung/en, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist/sind, als Privatpatientin in Anspruch nehmen. Der Wunsch kam nicht auf Initiative meines Arztes zustande. Die Untersuchung zahle ich privat. **Meine hiermit geleistete Unterschrift ist unabhängig von einer Zusage zur Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.**

SEPA-Lastschriftmandat – Gläubiger-ID: DE 35ZZZ00000415178

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Eurofins LifeCodexx widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende/n Zahlung/en 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 deutsches Bankkonto? Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag vorab an Eurofins LifeCodexx, IBAN DE83 2073 0017 7000 0034 50, Swift-BIC HYVEDEMME17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN D E

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

Einwilligung zur Durchführung der genetischen Untersuchung/en und zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Durchführung der oben gewählten genetischen Untersuchung/en. Ich wurde von meinem verantwortlichen Arzt gemäß GenDG humangenetisch beraten und aufgeklärt. Ich willige ein, dass meine hiermit erhobenen personenbezogenen Daten und meine Blutprobe zur Durchführung der genetischen Untersuchung/en an Eurofins LifeCodexx (sowie an Eurofins Biomnis, Frankreich, bei NIPD-RhD) übermittelt, 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.

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Forschung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Telefonnummer der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin

Ich habe die AGB und die Hinweise zum Datenschutz auf der Rückseite zur Kenntnis genommen.

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

Eurofins LifeCodexx GmbH Line-Eid-Straße 3, 78467 Konstanz, Deutschland, Telefon +49 (0) 7531-9769460, Fax +49 (0) 7531-9769480, info@lifecodexx.com, www.lifecodexx.com
Geschäftsführer: Dr. med. Heinz Oehl, Amtsgericht Freiburg i.Br., HRB 719866, Sitz der Gesellschaft: Konstanz, USt-Id-Nr. DE 258862614