

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Praxis-/Arztstempel



WM-3201-DE-003

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben
oder eintragen

**Original und Blutprobe
in Rücksendebox versenden.**

Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

PraenaTest® L (NIPT)

Auftrag zur genetischen Untersuchung – Selbstzahler

<input checked="" type="checkbox"/> Trisomien 21/18/13	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Untersuchung auf Trisomien 21/18/13 mind. Schwangerschaftswoche 9 + 0 p.m.	
<input type="checkbox"/> Kassenleistung. Das ausgefüllte Formular S zur Abrechnung über die Krankenkasse sowie ein Laborüberweisungsschein Muster 10 liegt bei.			
<input type="checkbox"/> Privat versichert / Selbstzahler. Die Patientin zahlt die PraenaTest®-Untersuchung selbst.			214.⁵⁰ Euro
<input type="checkbox"/> Bestimmung des Geschlechts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.*	17.⁴⁹ Euro
<input type="checkbox"/> SCA	<input type="checkbox"/>	Untersuchung auf gonosomale Aneuploidien des X- und Y-Chromosoms (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom)	34.⁹⁸ Euro
<input type="checkbox"/> RAA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Untersuchung der Chromosomen 1 bis 12, 14 bis 17, 19, 20 und 22 hinsichtlich Monosomien und Trisomien sowie der Chromosomen 13, 18 und 21 auf Monosomien.	52.⁴⁷ Euro
<input type="checkbox"/> CNV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Untersuchung auf partielle Duplikationen und Deletionen > 7 Mb der Chromosomen 1 bis 22.	52.⁴⁷ Euro
<input type="checkbox"/> Mikrodeletion 22q11.2	<input type="checkbox"/>	Mikrodeletion von ca. 3 Mb des Chromosoms 22 an Position 11, assoziiert mit dem DiGeorge- und Velo-Cardio-Faziale-Syndrom.	87.⁴⁵ Euro

Preise inkl. MwSt. und Versand. * d.h. SSW 12 + 0 p.c. gem. § 15 Abs. 1 GenDG

Datum der Blutentnahme

Wiederholung (neue Blutprobe)

Einlingsschwangerschaft **Zwillingschwangerschaft**

Schwangerschaftswoche (SSW) + p.m.

Vanishing Twin

Weitere Informationen zur Schwangerschaft

Körpergröße cm

aktuelles Gewicht 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 gemäß §7 GenDG.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

Ort, Datum Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Ergebnismitteilung für PraenaTest®

DE EN ES TR RU

Vereinbarung über eine Selbstzahlerleistung

Ich möchte durch meinen verantwortlichen Arzt die genetische/n Untersuchung/en, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist/sind, als Selbstzahler/Privatpatientin in Anspruch nehmen. Der Wunsch kam nicht auf Initiative meines Arztes zustande. Die Untersuchung zahle ich selbst.

SEPA-Lastschriftmandat – Gläubiger-ID: DE 35ZZZ00000415178

Hiermit ermächtige ich Eurofins LifeCodexx im Auftrag von Pränatal-Medizin München 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 deutsches Bankkonto?** Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag vorab an Eurofins LifeCodexx, IBAN DE83 2073 0017 7000 0034 50, Swift-BIC HYVEDEMM17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN

Ort, Datum Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin

Einwilligung zur genetischen Untersuchung 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 bin damit einverstanden, dass meine Daten evtl. an ein Partnerlabor zum Zweck der Untersuchungsabklärung von Parametern, die von Pränatal-Medizin München nicht durchgeführt werden können, weitergeleitet werden. 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.

Material und Ergebnisse dürfen zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Auswertung, der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten sowie der Veröffentlichung in absolut anonymer Form genutzt werden. Stimmen Sie nicht zu, wird verbleibendes Probenmaterial nach der Analyse der Probe vernichtet. Ja Nein

Telefonnummer der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum Unterschrift der Patientin

Vom Arzt auszufüllen

Von der Patientin auszufüllen