

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

Praxis-/Arztstempel



WM-3205-DE-002

Barcode einkleben
oder eintragen

**Original und Blutprobe
in Rücksendebox versenden.**

PraenaTest® (NIPT)

Auftrag zur genetischen Untersuchung – Kassenleistung

Trisomien 21/18/13

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

Kassenleistung. Muster 10 Schein muss beiliegen.

Einlingsschwangerschaft

Zwillingschwangerschaft

Monochorial

Dichorial

Wiederholung (neue Blutprobe)

Vanishing Twin

Weitere Informationen zur Schwangerschaft

Datum der Blutentnahme

TTMMJJJJ

Schwangerschaftswoche (SSW)

+ p.m.

Körpergröße

cm

aktuelles Gewicht

kg

Ergebnismitteilung für PraenaTest®

DE EN ES TR RU

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

Einwilligung zur genetischen Untersuchung und zur Datennutzung

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genannten genetischen Untersuchung. 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 Untersuchung labormedizinischer Parameter, 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

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin