

Bitte senden Sie Ihre Materialbestellung per Fax an 07531-9769480.



Blutentnahme-Set für PraenaTest®

Anzahl (bitte ankreuzen)

Blutentnahme-Set	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular-S – Kassenleistung	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Auftrag zu genetischen Untersuchung Formular-L	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50



Informationsbroschüren für Ihre Patientinnen

PraenaTest® Broschüre / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Broschüre / Englisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Broschüre / Russisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Broschüre / Türkisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
PraenaTest® Broschüre / Arabisch	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50



Servicematerial

PraenaTest® Arztinformation	<input type="checkbox"/> 1
PraenaTest® Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung für Ihre Patientinnen / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10
PraenaTest® Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung für Ihre Patientinnen / Englisch	<input type="checkbox"/> 10
PraenaTest® Ergänzende Informationen zu Chromosomenstörungen / Deutsch	<input type="checkbox"/> 10
PraenaTest® Mutterpasetiketten (5 Etiketten/Blatt)	<input type="checkbox"/> 1

Bitte senden Sie obiges Informationsmaterial an folgende Praxis-/Klinikadresse:

Praxis / Klinik

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Ansprechpartner

Praxisstempel