

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-004

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben  
oder eintragen

Original und Blutprobe  
in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft  Zwillingschwangerschaft

# PraenaTest® Flex (NIPT)

## Auftrag zur genetischen Untersuchung

- Trisomien 21/18/13**   Untersuchung auf Trisomien 21/18/13. Frühestens ab Schwangerschaftswoche 9 + 0 p.m.
  - Kassenleistung. Laborüberweisung auf Muster 10 muss beiliegen.
  - Privat versicherte / Selbstzahler. Die Patientin zahlt die PraenaTest®-Untersuchung selbst. 214.<sup>50</sup> Euro
- Bestimmung des Geschlechts**   **Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.** 17.<sup>49</sup> Euro
- SCA**  Untersuchung auf gonosomale Aneuploidien des X- und Y-Chromosoms (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom) 34.<sup>98</sup> Euro
- RAA & CNV**  Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) sowie partielle Duplikationen und Deletionen ≥ 7 Mb der Chromosomen 1 bis 22 87.<sup>45</sup> Euro
- Mikrodeletion 22q11.2**  Mikrodeletion von ca. 3 Mb des Chromosoms 22 an Position 11, assoziiert mit dem DiGeorge- und Velo-Cardio-Faziale-Syndrom. 87.<sup>45</sup> Euro

Vom Arzt auszufüllen

Datum der Blutentnahme

Wiederholung (neue Blutprobe)

Einlingsschwangerschaft   Zwillingschwangerschaft

Schwangerschaftswoche  +  p.m.

Vanishing Twin

Weitere Informationen zur Schwangerschaft

Körpergröße  cm

aktuelles Gewicht  kg

Sprache der Ergebnismitteilung  
 DE  EN  ES  TR  RU

### Einverständniserklärung nach GenDG

Ich habe die oben genannte Patientin gemäß GenDG §7 beraten und aufgeklärt. Die schriftliche Einwilligung der Patientin zur gewählten genetischen Untersuchung/en liegt vor.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

E-Mail-Adresse des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum  Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Bitte denken Sie an die Laborüberweisung auf Muster 10

Von der Patientin auszufüllen

### 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 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.

Für wissenschaftliche Auswertungen und Veröffentlichungen sowie die Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten können Material und Ergebnisse in absolut anonymer Form genutzt werden.  Ja  Nein

Telefonnummer der Patientin

E-Mail-Adresse der Patientin

Ort, Datum  Unterschrift der Patientin

### Vereinbarung für Privat versicherte / Selbstzahler

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 Eurofins 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