

| | | |
|--|------------------|--------|
| 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-003

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben
oder eintragen

Original und Blutprobe
in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft Zwillingschwangerschaft

PraenaTest® (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. 214.⁵⁰ Euro
- Bestimmung des Geschlechts** **Ergebnismitteilung erst in Schwangerschaftswoche 14 + 0 p.m.** 17.⁴⁹ 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

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-medin.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 an den verantwortlichen Arzt einzuziehen. Liegt meine Anschrift vor, erhalte ich die Rechnung 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:

Vom Arzt auszufüllen

Vom der Patientin auszufüllen

Privat versichert / Selbstzahler