Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse der Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Praxis-/Arztstempel

WM-3212-DE-003

Mandatsreferenz für SEPA-Lastschriftmandat:

Barcode einkleben oder eintragen

Original und Blutprobe in Rücksendebox versenden.

Einlingsschwangerschaft

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular teilweise nur das generische Maskulinum verwendet. Die weibliche Form ist ausdrücklich mit eingeschlossen.

PraenaGenom (NIPS)

Auftrag zur genetischen Untersuchung

Auswahl erforderlich

☒ **Untersuchung auf Trisomien 21/18/13**

Kostenträger

☐ **Die Analyse der Trisomien 21/18/13 erfolgt als Kassenleistung.** Laborüberweisung auf Muster 10 muss beiliegen.

☐ **Die Analyse der Trisomien 21/18/13 erfolgt als IGe-Leistung.** Die Patientin nimmt die Analyse als Selbstzahlerin/Privatversicherte in Anspruch. **169,03 Euro**

Wählen Sie eine Option (Selbstzahlerleistung)
Frühestens ab SSW 10 + 1 p.m.

☐ **SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 3 Mikrodeletionen** **+ 221,50 Euro**
Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels)

☐ **SCA, RAA, CNV, Bestimmung des Geschlechts und 9 Mikrodeletionen** **+ 291,46 Euro**
Untersuchung auf ganzchromosomale Fehlverteilungen (Monosomien und Trisomien) der Autosomen, auf Fehlverteilungen der Gonosomen (Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triple-X-Syndrom, XYY-Syndrom), auf partielle Deletionen und Duplikationen ≥ 7 Mb der Autosomen und auf Mikrodeletionen < 7 Mb: DiGeorge-Syndrom (Mikrodeletion 22q11.2); Cri-du-chat-Syndrom (5p-Deletionen); Prader-Willi-Syndrom (15q11, Deletionen des paternalen Allels); Angelman-Syndrom (15q11, Deletionen des maternalen Allels), 1p36-Deletionssyndrom; Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-Deletionen); Jacobsen-Syndrom (distales 11q-Deletionssyndrom); Langer-Giedion-Syndrom (Mikrodeletion 8q23.3-q24.11), Smith-Magenis-Syndrom (Mikrodeletion 17p11.2)

Vom Arzt auszufüllen

Datum der Blutentnahme TTMMJJJJ

☐ **Wiederholung (neue Blutprobe)**

☒ **Einlingsschwangerschaft**

Schwangerschaftswoche + p.m.

☐ **Vanishing Twin**

Klinische Angaben zur Schwangerschaft

Körpergröße cm

aktuelles Gewicht kg

Mitteilung des Geschlechts ☐ Ja ☐ erst ab SSW 14 + 0 p.m. ☐ Nein

Einverständniserklärung nach GenDG

Ich habe die oben genannte Patientin gemäß GenDG §7 beraten und aufgeklärt.
Die schriftliche Einwilligung der Patientin zu den gewählten genetischen Untersuchungen liegt vor.

Name des verantwortlichen Arztes

Fax-Nr. für Ergebnismitteilungen

E-Mail-Adresse des verantwortlichen Arztes

Ort, Datum | **Unterschrift des verantwortlichen Arztes** ✗

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 bin damit einverstanden, **dass meine personenbezogen Daten durch Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH, Friedenheimer Brücke 19, Friends Tower I, 80639 München, sowie (pseudonymisiert) durch das Partnerlabor Eurofins Genoma, Via Enrico Cialdini 16, Affori-Centre, 20161 Mailand, Italien, zur Unterstützung bei der Analyse der Laborergebnisse verarbeitet 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.

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** ✗

Privatversichert / Selbstzahler

Vereinbarung für Privatversicherte / 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 71ZZZ00002550373: Hiermit ermächtige ich die Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH 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 Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH, IBAN DE54 2073 0017 7000 0063 00, Swift-BIC HYVEDEMME17, UniCredit (HypoVereinsbank).

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN D E

Ort, Datum | **Unterschrift des Kontobevollmächtigten / der Patientin** ✗

Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH Friedenheimer Brücke 19, Friends Tower I, 80639 München, Telefon +49 (0) 89-23237356-550, Fax +49 (0) 89-23237356-90, NIPT@praenatal-medizin.de
Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), Amtsgericht München, HRB 253626, Sitz der Gesellschaft: München