|  |
| --- |
| **BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR BEI BLOCKLETTERS** |
| **Patientdaten** |
| Mädchenname der Mutter |   |
| Vorname der Mutter |   |
| Geburtsdatum der Mutter | … |
| Adresse | …… |
| Telefonnummer | … |
| E-mail-Adresse | … |
| Geburtstermin | … | Wochen | … | Tagen |
| Datum der Blutabname | … |
| Fand IVF statt ? |  [ ]  | Ja |[ ]  Nein |
| Gibt es eine Donor-Eizelle ode reine Leihmutter ? |  [ ]  | Ja, Alter Donor … |[ ]  Nein |
| Liegt eine Mehrlingsschwangerschaft vor ? |  [ ]  | Ja |[ ]  Nein |
| War die Schangerschaft anfangs eine Mehrlingsschangerschaft ? |  [ ]  | Ja |[ ]  Nein |
| Wünschen Sie das Geschlecht vom Baby ? |  [ ]  | Ja |[ ]  Nein |
| Ihre Gewicht |  |  |  |  |
| **Indizien für den NIPT** |
| Alter der Mutter | [ ]  |
| Unnormales Ergebnis bei der Erst-Trimester-Screening ? | [ ]  *Spezifizieren Sie:* … |
| Beunruhigung | [ ]  *Spezifizieren Sie:* … |
| Erbliche Krankheiten in der Familie | [ ]  *Spezifizieren Sie:* … |
| Andere  | [ ]  *Spezifizieren Sie:* … |
| … |
| **Der behandelnde Arzt** |
| Name + Vorname | … |
| Telefonnummer | … |
| E-Mail-Adresse | … |
| **Genehmigung NIPT-Untersuchung** |  |
| Ich bin damit einverstanden, dass GENDIA den NIPT ausführt. Ich habe die angebotenen Informationen über Begrenzungen und Möglichkeiten vom NIPT gelesen und verstanden. |
| Unterschrift der Mutter | Unterschrift des Vaders |
|  |  |
| **Bezahlung** |
| Über Überweisung |[ ]  Nachdem wir die Probe empfangen haben, schicken wir Ihnen die Rechnung |
| Über Visa/Mastercard |[ ]  Name erwähnt auf der Karte | … |
|  |  | Kreditkartennummer | … |
|  |  | Verfallsdatum | Monat: | Jahr: |

Version März 2017