|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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