



NIPT

Nicht-Invasiver Pränataler Test

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 Blutabnahme	...			
Fand IVF statt ?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Gibt es eine Donor-Eizelle ode reine Leihmutter ?	<input type="checkbox"/>	Ja, Alter Donor ...	<input type="checkbox"/>	Nein
Liegt eine Mehrlingsschwangerschaft vor ?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
War die Schangerschaft anfangs eine Mehrlingsschwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wünschen Sie das Geschlecht vom Baby ?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Ihre Gewicht				
Indizien für den NIPT				
Alter der Mutter	<input type="checkbox"/>			
Unnormales Ergebnis bei der Erst-Trimester-Screening ?	<input type="checkbox"/>	Spezifizieren Sie: ...		
Beunruhigung	<input type="checkbox"/>	Spezifizieren Sie: ...		
Erbliche Krankheiten in der Familie	<input type="checkbox"/>	Spezifizieren Sie: ...		
Andere	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	Nachdem wir die Probe empfangen haben, schicken wir Ihnen die Rechnung		
Über Visa/Mastercard	<input type="checkbox"/>	Name erwähnt auf der Karte	...	
		Kreditkartennummer	...	
		Verfallsdatum	Monat:	Jahr: