

Stempel

Änderung der Testvariante

Patientin: _____

Auftragsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geburtsdatum: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bitte setzen Sie
ein Kreuz für die
Testvariante:

Testvarianten

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Trisomie 21 | 169 € |
| <input type="checkbox"/> | Trisomie 21, 18, 13* | 199 € |

Zusatzoptionen

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Geschlechtsbestimmung | + 19 € |
| <input type="checkbox"/> | XY-chromosomale Störungen | + 69 € |

Die Patientin ist über die Wahl der Testvariante sowie über die hierdurch entstehenden Kosten informiert und bestätigt, dass sie für diese aufkommt.

* Unter bestimmten Voraussetzungen Erstattung durch gesetzliche Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift (Patientin oder verantwortliche(r) Ärztin/Arzt)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

Fax: 07071 565 44 23