

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Strasse, Nr.		Telefon	
PLZ	Ort		
Name der Versicherung		Versicherungsnummer	
Rechnung an <input checked="" type="checkbox"/> Einsender			

Befundkopie

Untersuchungen

- PGT-A** (Präimplantationsscreening auf numerische Chromosomenaberrationen / Aneuploidien)
- PGT-SR** (Präimplantationsscreening auf strukturelle Chromosomenaberrationen)
Achtung
 - Bitte Berichte der Eltern (Karyotyp, FISH, Array-CGH) beilegen!
 - Nur nach genetischer Beratung möglich!
- PGT-M** (Präimplantationsdiagnostik von monogenen Erkrankungen)
Achtung
 - Nur nach genetischer Beratung möglich!
- PGT-QC** (Zusatzanalyse zum Nachweis von Triploidie, maternaler Kontamination und zur Verwandtschaftsprüfung von Embryonen)

i **Geschlecht sowie Trägerstatus bei einer rezessiv vererbten Krankheit werden nicht mitgeteilt.** Ausnahmen stellen die Mitteilung des Geschlechts bei geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten und Geschlechtschromosomen-Aneuploidien dar.

Anamnestische Hinweise / Bemerkungen / Indikation

Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Laboruntersuchung(en) zu den genannten Kosten durchführen zu lassen.

Ort, Datum	Unterschrift Patientin
Ort, Datum	Unterschrift Partner

Ort, Datum	Unterschrift Ärztin / Arzt

Wird vom Labor ausgefüllt Datum: . . Zeit: : Visum:

Probe	Proben ID	Farbe des Tubes	Position im Rack	Embryo Nr.	Tag der Biopsie	Datum	Zeit	Anzahl Zellen	Bemerkungen (Volumen > 2.5µl vermerken)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

Ort / Datum / Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Embryologin / Embryologe