

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:

Datum	Zeit	Visum
-------	------	-------

Name

Geb.-Datum

Vorname

Geschlecht:

W  M

Strasse, Nr. Telefon

PLZ Ort

Name der Versicherung: Versicherungsnummer:

Befund per E-Mail an Patient:  
*(Falls keine HIN-E-Mail-Adresse, Mobilnummer für SMS-Code zwingend erforderlich)*

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnung an: Einsender

### Untersuchungen

- PGT-A (Präimplantationsscreening auf chromosomale Aneuploidien)
- PGT-SR (Präimplantationsscreening auf strukturelle Chromosomenstörungen)  
Achtung: Karyotyp/FISH/CGH-Array der Eltern beilegen!
- PGT-M (Präimplantationsdiagnostik von monogenen Erkrankungen)  
Achtung: Nur nach genetischer Beratung möglich!

### Anamnestische Hinweise / Bemerkungen

### Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich vom 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 und Datum:

Unterschrift Patientin:

Ort und Datum:

Unterschrift des Partners:

Ort/Datum und Unterschrift des einsendenden Arztes:

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

Ort/Datum und Unterschrift des Embryologen:

---