

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:

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

Name

Geb.-Datum

Vorname

Geschlecht:

W M

Befundkopie an:

Strasse, Nr. Telefon

PLZ Ort

Name der Versicherung: Versicherungsnummer:

Rechnung an: Einsender

Untersuchungen

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

- Sollte die Untersuchung Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Auftrag stehen (Überschussinformationen), wünsche ich darüber informiert zu werden.

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: