

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

PANORAMA BARCODE

Auftragsbarcode bitte hier aufkleben!

Interne Probennummer Labor

MVZ Düsseldorf-Centrum - LIMIS ID 9689



Arztstempel

INFORMATIONEN ZUR SCHWANGERSCHAFT BEI DER BLUTENTNAHME

Die Patientin muss mindestens in der Schwangerschaftswoche 9 + 0 sein!

Datum der Blutentnahme: _____ Körpergröße in cm: _____

Schwangerschaftswoche + Tag: _____ IVF-Schwangerschaft - Alter der Mutter bei Entnahme: ja nein

Erwartetes Geburtsdatum: _____ Schwangerschaft mit Leihmutter oder Eizellspende: ja nein

Datum des Ultraschalls: _____

Körpergewicht in kg: _____

Telefonnummer der Patientin für Rückfragen

.....

Zwillingsschwangerschaft

ja Monochorial

nein Dichorial

Nicht bekannt

Bei dizygoten Zwillingen oder Schwangerschaften mit Eizellspende kann nicht auf 22q untersucht werden. Das Panorama Premiumpanel ist für Zwillingsschwangerschaften und Schwangerschaften mit Eizellspende nicht verfügbar. Proben mit vorliegendem Vanishing Twin, Drillingen und höhergradigen Mehrlingen, Zwillingen aus einer Schwangerschaft mit Leihmutter oder mit Eizellspende, können wir nicht annehmen.

AUFTRAG FÜR EINE PRÄNATALE GENETISCHE UNTERSUCHUNG

Ich beauftrage Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, mit der Durchführung einer genetische Untersuchung auf folgende Anomalien mit dem Panorama™-Test mittels einer Probe meines Blutes, vorzunehmen:

- Essentialpanel** 269,00 €
Trisomie 13, 18, 21 + Triploidien
 - Basispanel** 329,00 €
inkl. gonosomale Aneuploidien + Triploidien
 - Highpanel** 379,00 €
Basispanel + DiGeorge-Syndrom 22q11.2
 - Premiumpanel - nur für Einlinge** 479,00 €
Basispanel + 5 Mikrodeletionssyndrome (22q11.2, 1p36, Prade-Willi, Angelman, Cri-du-Chat)
- Die Geschlechtsmitteilung ist erwünscht - ohne Aufpreis ja nein

GENETISCHE BERATUNG UND UNTERSUCHUNG

Die Abrechnung erfolgt durch meine Praxis.

Ich bitte um Abrechnung über die DAMA Verrechnungsstelle.

	GOÄ	Faktor	Euro
1. Beratung	1	2,3	10,72
Ultraschall	415 + 403	2,3	60,33
Blutentnahme	250	2,3	5,36
2. Beratung	3	2,3	20,10
Sonstige Leistung			

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche und Laborleistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlicher Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die DAMA Verrechnungsstelle, 50259 Pulheim.

Ort und Datum _____ Unterschrift der Patientin / Vertragspartnerin

ANFORDERUNG NACH §7 / §8 GENDG

Ich habe die Patientin / Vertragspartnerin auf der Basis meiner spezifischen Qualifikation genetisch beraten und erbitte gem. § 7 GenDG ihre pränatale genetische Untersuchung mit dem Panorama™-Test bei Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf-Centrum, an. Die Untersuchung dient der vorgeburtlichen Risikoabklärung (Trisomie 21, 18, 13, Monosomie X und ggf. Triploidie) und soll an der eingesandten Blutprobe erfolgen. Eine Einverständniserklärung der Patientin / Vertragspartnerin liegt vor. Darüber hinaus bin ich mit dem vorstehenden Vertragsinhalt und den umseitigen AGBs einverstanden. Die Patientin / Vertragspartnerin hat eine Durchschrift erhalten.

Ort und Datum _____ Unterschrift verantwortlicher Arzt

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DES NATERA PANORAMA™ NIPT-Test GEMÄß §7 / §8 GENDIAGNOSTIK-GESETZ

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Panorama™-Test aus meiner Blutprobe durchgeführt wird. Ich bestätige, durch meinen Arzt entsprechend dem deutschen Gendiagnostik-Gesetz (GenDG) ausführlich genetisch beraten und über die Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens aufgeklärt worden zu sein. Dabei hatte ich ausreichend Zeit und Gelegenheit, offene Punkte anzusprechen. Mir wurde erläutert, dass es sich bei dem Panorama™-Test nicht um ein diagnostisches Verfahren handelt und ein unauffälliges Ergebnis eine Chromosomenstörung nicht vollkommen ausschließt. Mir ist bekannt, dass mir entsprechend dem GenDG das kindliche Geschlecht erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche (entsprechend SSW 14+0 nach der letzten Regelblutung) mitgeteilt werden darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich den Auftrag jederzeit gegenüber dem verantwortlichen Arzt widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs habe ich die bis dahin entstandenen Kosten zu tragen. Weiterhin wurde ich über mein Recht auf Nichtwissen des Ergebnisses informiert.

Ich willige ein, dass meine Probe in anonymisierter Form zum Zweck der internen Qualitätssicherung oder zur Weiterentwicklung des Testverfahrens verwendet werden darf. ja nein

Ort und Datum _____ Unterschrift der Patientin / Vertragspartnerin

ABRECHNUNG

Ich bevollmächtige Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf-Centrum, meine Kreditkarte oder mein Konto mit den Kosten für die oben genannte(n) genetische(n) Untersuchung(en) bei Fälligkeit (Befunderstellung; dies gleichzeitig Rechnungsdatum) zu belasten, bzw. durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen und erhalte hierüber eine Rechnung.

Lastschrift Girokonto Mastercard Visa

Name Kontoinhaber/in: _____ Name Kreditkarteninhaber/in: _____

IBAN _____ Kreditkartennummer: _____

BIC _____ Ablaufdatum und CVC-Code: _____

Unterschrift des/r Karteninhabers/in | Kontoinhabers/in

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an – wir sind für Sie da! 0211 - 60 00 70

Einverständniserklärung

Name (bitte eintragen)

Geburtsdatum (bitte eintragen)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein betreuender Arzt personenbezogene Daten (persönliche Daten, auch Gesundheits- bzw. Schwangerschaftsdaten sowie Abrechnungsdaten) zum Zweck der Durchführung des Panorama™-Pränataltests und für die nachfolgende Leistungsabrechnung an das bearbeitende Labor Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf Centrum GbR, Immermannstraße 65 A, 40210 Düsseldorf, weitergeleitet werden.

Ebenso erkläre ich mich damit einverstanden, dass Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, meine Blutprobe und für medizinische Untersuchungen unabdingbare personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Körpergewicht und -größe, Angaben zur Schwangerschaft und zur Untersuchungsanforderung) in besonderen Fällen auch an Partnerlabore zur Untersuchung abgibt.

Für die Durchführung des Panorama™-Pränataltests entbinde ich meine Ärztin/ meinen Arzt (bitte eintragen) gegenüber den oben genannten Stellen von ihrer/ seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die einmalige Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie Speicherung meiner Daten zu den oben genannten Zwecken ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im dafür erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort / Datum:..... Unterschrift:

Allgemeine Geschäftsbedingungen Zotz|Klimas, MVZ Düsseldorf-Centrum GbR

1. Für die Produkte und Dienstleistungen des Zotz|Klimas, Institut für Medizinische Genetik am MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, im Folgenden Auftragnehmer genannt, gelten ausschließlich die nachfolgenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen. Zotz|Klimas, Institut für Medizinische Genetik am MVZ Düsseldorf-Centrum GbR, ist eine Gesellschaft nach deutschem Recht. Ihre Adresse lautet: Immermannstr. 64A, 40210 Düsseldorf, Deutschland, Telefon 0211 27 101 0, Telefax: 0211 27 101 1355, www.panorama-test.de

2. Der umseitige Vertrag, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die separate Aufklärung und Einverständniserklärung enthalten alle vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Auftragnehmer und den Patienten/Vertragspartnern.

3. Ein Vertrag über die Durchführung des Panorama™-Tests kommt nur zustande, wenn dieser durch einen berechtigten Arzt oder Humangenetiker im Sinne von § 7 GenDG („verantwortlicher Arzt“) angefordert wird. Der Vertrag kommt zustande, sobald alle erforderlichen Informationen zur Durchführung des Tests bei dem Auftragnehmer vorliegen.

4. In den meisten Fällen wird der Auftragnehmer den Test innerhalb von 10 Werktagen nach Erhalt der Blutprobe und aller erforderlichen Informationen sowie Zahlung der Vergütung abschließen und die Ergebnisse mitteilen.

5. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des GenDG stellt der Auftragnehmer die Ergebnisse der genetischen Untersuchung ausschließlich dem verantwortlichen Arzt und nicht der Patientin oder den Vertragspartnern zur Verfügung.

6. Die Vergütung für die genetische Untersuchung wird mit der Befunderstellung (gleichzeitig Rechnungsdatum) fällig. Sollte/n sich die Patientin / die Vertragspartner entscheiden, die Ergebnisse der genetischen Untersuchung nicht zu erfahren, bleibt die Vergütung des Auftragnehmers davon unberührt.

7. Falls der Auftragnehmer aus der Blutprobe kein Ergebnis ermitteln kann oder die Patientin eine eventuell erforderliche erneute Blutprobe nicht abgeben möchte, schuldet die Patientin die dem Auftragnehmer keine Vergütung und eine bereits gezahlte Vergütung wird innerhalb von 30 Tagen erstattet. Sollte eine weitere Blutprobe erforderlich sein, wird der Auftragnehmer den zusätzlichen Test kostenfrei durchführen, falls die ursprüngliche Blutprobe die Spezifikationen erfüllt hatte.

8. Der verantwortliche Arzt ist ausschließlich für seine ärztlichen Leistungen und die Einholung der Einverständniserklärung verantwortlich, nicht für die Durchführung der genetischen Untersuchung und den Transport der Proben.

9. Für Schäden, die die Produkte oder Dienstleistungen des Auftragnehmers hervorrufen, haftet der Auftragnehmer im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit oder bei fahrlässiger Verletzung wesentlicher vertraglicher Verpflichtungen. Bei einfacher Fahrlässigkeit ist der Ersatz auf Schäden in vorhersehbarer Höhe beschränkt. Diese Einschränkungen gelten nicht, falls Leben oder Gesundheit beeinträchtigt wurden.

10. Für die Auslegung der Vereinbarung ist alleine die deutsche Fassung maßgeblich. Es gilt deutsches Recht. Die Patientin / Vertragspartnerin kann ihre Ansprüche gegen den Auftragnehmer bei dem Gericht ihres allgemeinen Gerichtsstandes in Deutschland geltend machen.