

Praxisstempel



**Cenata GmbH**

Paul-Ehrlich-Str. 23  
72076 Tübingen  
Tel. +49 7071 565 44 430  
Fax +49 7071 565 44 444  
E-Mail: info@cenata.de  
www.cenata.de

## Änderung der Testvariante

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
vielen Dank für Ihre Einsendung des Harmony® Prenatal Tests. Wir benötigen für die Durchführung des Auftrags noch die Angabe zur gewünschten Testvariante mit dem Kostenträger.

Patientin: \_\_\_\_\_

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

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

Kostenträger:  IGeL  Private Krankenversicherung (PKV)

<i>Benötigtes Material: 2 x 8 ml Blut, cfDNA-Röhrchen</i>	IGeL <sup>1</sup>	PKV <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> Trisomie 21	169,00 €	194,39 €
<input type="checkbox"/> Trisomie 21,18,13	199,00 €	224,55 €
<input type="checkbox"/> + Geschlechtsbestimmung <sup>2</sup>	17,49 €	20,11 €
<input type="checkbox"/> + Analyse geschlechtschromosomaler Störungen <sup>3</sup>	69,00 €	77,08 €

<sup>1</sup> Die Abrechnung erfolgt mit der Patientin nach der Gebührenordnung für Ärzte entsprechend Ihres Versicherungsstatus.  
<sup>2</sup> Nur in Verbindung mit einer Risikoberechnung für Trisomien.  
<sup>3</sup> Monosomie X, Klinefelter-, Triple-X-, XYY- und XYY-Syndrom (nur bei Einlingsschwangerschaften und nur zusätzlich zur Analyse auf Trisomie 21, 18, 13)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

**Fax: 07071 565 44 23**

Bitte beachten Sie, dass wir bei fehlenden Angaben aus rechtlichen Gründen keinen Befund versende können.