

A PrenaTest® magyarországi disztribútora:



New Era Genetics

1026 Budapest, Gábor Áron utca 74-78.
Telefon: +36 1 273 1913
info@prenatest.hu www.prenatest.hu

A PrenaTest® elvégzésére Magyarországon a New Era Genetics ad megbízást.

Vizsgált személy adatai

Vezetéknév és keresztnév:

Születési idő:

TAJ szám:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail:

Beküldő orvos neve:

Ajánlotta a tesztet? IGEN NEM

PrenaTest®

by lifeCodexx

Telefon: +49 (0) 7531 97 69 4 60
www.lifecodexx.com info@lifecodexx.com

Beküldő Központ

Vonalkód helye

A vizsgálat igénylése

PrenaTest® Alap

Down-kór (21-es triszómia) kimutatása

PrenaTest® Optimum

Down-kór (21-es triszómia),
Edwards-kór (18-as triszómia),
Patau-kór (13-as triszómia) kimutatása

PrenaTest® Plus*

Down-kór (21-es triszómia),
Edwards-kór (18-as triszómia),
Patau-kór (13-as triszómia), valamint
a nemi kromoszóma-rendellenességek kimutatása

*csak egyes terhesség esetén

Kérem a magzat nemének közlését: IGEN NEM

A vizsgálat igénylésének oka

- 35 éves vagy idősebb anyai életkor
- Korábbi terhességben előfordult számbeli kromoszóma-rendellenesség
- Emelkedett kockázat számbeli kromoszóma-rendellenesség előfordulására komplex szűrővizsgálat alapján
- Hajlam transzlokációs kromoszóma-rendellenesség előfordulására
- Ultrahangvizsgálattal látható magzati anomália:
- Egyéb orvosi okok:

A várandós vizsgálati adatai

Magasság: cm

Súly várandósság előtt: kg

Terhességi kor hét nap

A vizsgálat a terhesség 9. (9+0) és 20. (19+6) hete között végezhető.

Vérvétel időpontja:

Egyes terhesség

Ikerterhesség

Magzatok száma:

monochoriális: IGEN NEM

Tájékozott beleegyezés a PrenaTest® elvégzéséhez

Aláírással igazolom, hogy hozzájárulok a tervezett genetikai vizsgálat elvégzéséhez. Kijelentem, hogy teljes körű, minden kérdésemre kiterjedő tájékoztatást kaptam.

IGEN NEM

Tisztában vagyok azzal, hogy a vizsgálat elvégzéséhez adott beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Elfogadom, hogy a vizsgálat díjának megfizetésére akkor is kötelezhető vagyok, ha annak eredményének közlését visszautasítom.

IGEN NEM

Hozzájárulok a vizsgálat elvégzésére leadott vérmintám tárolásához, névtelen módon, minőségbiztosítási és kutatási célokra.

IGEN NEM

..... hely év hó nap

vizsgált személy aláírása

..... hely év hónap nap

Orvos neve, címe, pecsét száma:

orvos aláírása



1886-R04-E-001

Distributor of PrenaTest® in Hungary:



New Era Genetics

1026 Budapest, Gábor Áron utca 74-78.
Telefon: +36 1 273 1913
info@prenatest.hu www.prenatest.hu

In Hungary, the performance of PrenaTest® is commissioned by New Era Genetics.

Data of the patient

Surname and Firstname:

Date of birth:

Id. number:

Address:

Phone number:

E-mail:

Name of referring doctor:

PrenaTest®

by lifecodexx

Telefon: +49 (0) 7531 97 69 4 60
www.lifecodexx.com info@lifecodexx.com

Referring Center

Barcode field

Request for genetic examination

PrenaTest® Basic
Determination of fetal trisomy 21

PrenaTest® Optimum
Determination of fetal trisomy 21, 18 and 13

PrenaTest® Plus*
Determination of fetal trisomy 21, 18 and 13 as well as gonosomal aneuploidy

*only to singleton pregnancy

Disclose fetal gender: YES NO

Reason for examination

- Maternal age ≥ 35 years
- History of prior pregnancy with a trisomy
- Increased risk of aneuploidy based on complex screening
- Genetic predisposition for translocation trisomy
- Ultrasound anomalies of the fetus:
- Other medical reasons:

Information on the pregnancy

Height: cm
Weight before pregnancy: kg
Gestational age week day
The Test can be performed between the 9th (9+0) and 20th (19+6) weeks of gestation.
Date and time of blood sampling:

Singleton Multiple pregnancy
Number of fetuses:
mono chorionic: YES NO

Declaration of consent to the performance of PrenaTest®

Hereby I confirm with my signature, that I consent to the planned genetic examination following comprehensive consultation and advice.

YES NO

I am aware that I may revoke my consent to the performance of the analysis at any time. Even if I do not wish to be notified of the results of the examination, I am still obligated to pay for the services rendered.

YES NO

I agree to storage of the material I provide for the examination, in anonymised form, for quality assurance and research purposes.

YES NO

..... place year month day

patient's signature

..... place year month day

Name, address and Id. number of doctor:

doctor's signature



1066-ROH-E-001