

Daten der Patientin / des Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Land	
Mobilnummer	
Telefon privat	
Email Adresse	
Krankenkasse / Versicherung	
Eigener Beruf	
Beruf Partner/Partnerin	
Name des betreuenden Arztes / Ärztin	

Ich erkläre, dass ich privat versichert / Selbstzahler/in bin. Der Behandlungsvertrag besteht zwischen der Patientin / dem Patienten und der Eurofins Pränatal-Medizin.


Die Rechnung wird nach den amtlichen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstellt.

Die Rechnung wird von mir sofort ohne Abzug, unabhängig von einer Erstattung seitens der Versicherung beglichen (§12 GOÄ).

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch meinen Versicherer möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Ich möchte eine Kopie dieses Anmeldeformulars

Ja  Nein

Datum	Unterschrift 
-------	---

**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
Daniela Liebrecht  
Dr. med. Franziska Reschke  
Priv.-Doz. Dr. Shoko Komatsuzaki

Dr. med. Anne Janke  
Dr. med. Daniela Bayer  
Priv.-Doz. Dr. med. Julia Jückstock  
Dr. med. Armin Hauer

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
www.eurofins-clinical.de/praenatal-medizin

**Friends Tower I**

Friedenheimer Brücke 19  
80639 München  
Humangenetik und  
Pränatal-Medizin  
T: +49 89 130744-0  
F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**

80639 München  
Humangenetik und  
Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**

82152 Planegg  
NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**

Viktoriastraße 3b  
86150 Augsburg  
T: +49 821 7898-5042  
F: +49 821 7898-5001  
humangenetik-in-augsburg@  
ctde.eurofinseu.com

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Maja Herberg, HRB 253626, Amtsgericht München

Patient data

Surname	
First name	
DOB (date of birth)	
Street / number	
Postcode, city	
Country	
Mobile number	
Phone number	
E mail	
Insurance	
Occupation	
Occupation partner	
Referring doctor	

I hereby declare that I am privately insured or will pay myself (self-payer). The treatment contract is between the patient and Eurofins Pränatal-Medizin. The invoice will be issued in accordance with the official provisions of the current version of the scale of fees for doctors (GOÄ: "Gebührenordnung für Ärzte"). The invoice will be paid by me immediately and without deduction, irrespective of any reimbursement by the insurance company (§12 GÖÄ). I am aware that reimbursement by my insurer may not be fully guaranteed.

I want a copy of this form  Yes  No

Date	Signature
	X