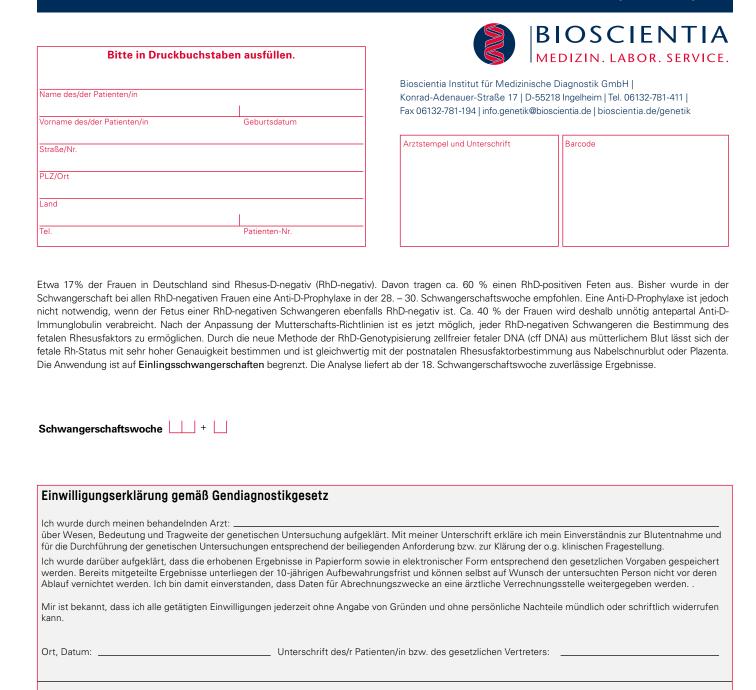
## BESTIMMUNG DES FETALEN RHESUSFAKTORS AUS MÜTTERLICHEM BLUT (RhD-NIPT)



\_\_\_ Unterschrift des/r behandelnden Arztes/Ärztin: \_\_

Für Rückfragen steht das Labor Bioscientia gerne zur Verfügung: Telefon 06132 781 411.

Eine Einwilligungserklärung mit Zustimmung zu den obengenannten Unterpunkten liegt mir vor.

Ort. Datum: