



Einsender:

Patientendaten:

Rechnung: Kasse ambulant (Schein Muster 10) stationär Selbstzahler
 privat ambulant privat stationär

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG (für Selbstzahler / Kassenpatienten (ohne Überweisung) / Privatpatienten):

Ich wünsche, dass die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden. Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss, wenn meine Versicherung die Kosten nicht oder nicht in vollem Umfang übernimmt.

(Datum/Unterschrift).....

Untersuchungsanforderung Postnatale Diagnostik

Postnatale genetische Diagnostik:

- Mikroskopische Chromosomenanalyse**
- Array-CGH-Analyse***
- FISH für spezifische Chromosomenregion:**
bitte angeben: _____
- DNA-Analyse**
Bitte zu untersuchendes Gen/Gene angeben:

* Durchführung der Array-CGH-Analyse in Kooperationslabor

Indikation / Diagnose:

- Entwicklungsverzögerung
- Dysmorphie/Fehlbildungen
- Wachstumsretardierung
- Fehlgeburtneigung
- Infertilität
- Eigene genetische Erkrankung (diagnostische Untersuchung)
- Familiäre genetische Erkrankung (prädiktive Untersuchung)
Gen/Mutation: _____
- Aktuelle Schwangerschaft: _____ Woche

Klinische Angaben

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (siehe oben)
- für Chromosomen-/FISH-Analyse: 3 mL Heparin-Blut
- für DNA-Analyse: 5 mL EDTA-Blut