

ANFORDERUNGSFORMULAR

MOLEKULAR- UND ZYTOGENETISCHE DIAGNOSTIK

(Humangenetische Leistungen berühren nicht das Budget!)

Krankenkasse:	<i>Patienteninformation</i>
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Abrechnung: Ambulant
(bitte Laborüberweisungsschein 10 beifügen)
Stationär
Privat

Befund an^s
Einsender
behandelnden Arzt

^sGemäß GenDG dürfen molekulargenetische Befunde **nur** an den verantwortlichen Arzt gesendet werden.

Angaben zum Patienten (Pränatale und dringende Untersuchungen bitte möglichst telefonisch ankündigen)

Geschlecht: männlich weiblich
Besteht eine Schwangerschaft?
 ja falls ja: SSW: _____
 nein

Material: DNA; EDTA-Blut: Abnahmetag/Uhrzeit: _____; _____

Klinische (Verdachts-)Diagnose, Anamnese, Klinik, Vorfunde:

Angaben zur Familie/ggf. Stammbaum: Insbesondere Angaben zu ähnlichen Erkrankungen, Fehl-/ Totgeburten, geistige oder körperliche Behinderung, Stoffwechselkrankheiten, Zystische Fibrose.

Angeforderte Untersuchung: (das Leistungsverzeichnis finden Sie auch unter: www.humangenetik-freiburg.de)
(oder bitte im Leistungsverzeichnis ankreuzen)

- Analyse folgender Gen(e): _____
- Paneldiagnostik^{*2}: _____
- Chromosomenanalyse (ggfs FISH)^{*3}: _____ (bitte **NH4-Blut**)
- CGH-Array^{*1} (seit 01.07.2016 muss bei gesetzlich Versicherten zuerst eine Chromosomenanalyse durchgeführt werden)

Bitte beachten Sie: ohne vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung können genetische Untersuchungen nach dem GenDG nicht durchgeführt werden.

Arztstempel und ggfs. Kontakt
Informationen

Ort, Datum **X** Unterschrift, Arzt Name in Druckschrift

Probenmaterial und Versand: 5-10 ml EDTA-Blut, NH4-Blut bei Chromosomenanalyse oder DNA; Versand am Tag der Entnahme.

^{*1}: Aufgrund der Vorgaben der KBV zu Kapitel 11.4 EBM bitten wir Sie bei Array CGH Anforderungen auf dem Überweisungsschein unbedingt die Indikationskriterien gemäß EBM 11500 anzugeben.

^{*2}: Genpanels bis 25 kb sind seit 01.07.2016 EBM Leistung. Größere Panels sind genehmigungspflichtig - ^{*3}: In Kooperation

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:
SYNLAB MVZ Humangenetik-Freiburg GmbH, Heinrich-von-Stephan-Str. 5, D-79100 Freiburg