

| AOK                            | LKK              | BKK | IKK    | VdAK | AEV | Knapps. |
|--------------------------------|------------------|-----|--------|------|-----|---------|
| Name, Vorname des Versicherten |                  |     |        |      |     |         |
| geb. am                        |                  |     |        |      |     |         |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. |     | Status |      |     |         |
| Vertragsarzt-Nr.               | VK gültig bis    |     | Datum  |      |     |         |



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
FÜR HUMANGENETIK & GENETISCHE LABORE**  
DRES. PETERS | KLEIER | PREUSSE

Genetische Beratung und Humangenetische Labore  
im Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik

Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg

Tel. 040 - 432 926-40 | Fax 040 - 432 926-41

www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

weiblich       männlich

Kasse (Labor- Überweisungsschein)

privat       Selbstzahler

ambulant

stationär

Cito

Faxbefund an Nummer \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des/der betreuenden Frauenarztes/Frauenärztin einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die Gemeinschaftspraxis für Humangenetik zur Befundübermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Anforderungsschein zur molekulargenetischen Abortdiagnostik

Gemäß Gendiagnostikgesetz ist für Abortdiagnostik keine Einverständniserklärung erforderlich.

**Indikation:** \_\_\_\_\_

**Datum Materialentnahme:** \_\_\_\_\_ **Schwangerschaftswoche:** \_\_\_\_\_

### Molekulargenetische Diagnostik aus Abortmaterial (in Transportmedium bzw. steriler phys. NaCl)

Es erfolgt ein PCR-Test z.A. der häufigsten Trisomien (13, 15, 16, 18, 21, 22), Triploidien, geschlechtschromosomale Aberrationen (Turner- Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Triplo-X Status). Für den Ausschluss einer maternalen Kontamination der fetalen DNA wird zusätzlich EDTA-Blut der Patientin benötigt.

Material (10 – 30 mg):

Zotten     Nabelschnur     anderes: \_\_\_\_\_

EDTA-Blut (2 ml) der Patientin zum Ausschluss einer maternalen Kontamination

Eine erweiterte molekulargenetische Diagnostik / Array CGH aus Abortmaterial zum Ausschluss weiterer Trisomien und klinisch relevanter Deletionen/Duplikationen kann als Selbstzahlerleistung angeboten werden und erfolgt nur nach individueller Absprache. Hierzu wird eine unterschriebene Kostenübernahmeerklärung benötigt.

### Absenderstempel Probeneinsender

### Ggfs. zusätzliche Arztadresse zur Befundweiterleitung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_