

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
