

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

DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR  
 Dr. Usha Peters · Dr. Saskia Kleier · Dr. Astrid Preuße  
 Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg  
 T 040 43 29 26 43 · F 040 43 29 26 78  
 kontakt@dna-diagnostik.hamburg · dna-diagnostik.hamburg



ambulant  privat\*  stationär\*  Selbstzahler\*  ASV  
\*ggf. unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!

Cito **Faxbefund an** \_\_\_\_\_  
Fax nur bei vorliegender Datenschutzerklärung!

Praxis-/Klinikstempel

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, einen Überweisungsschein des betreuenden Arztes einzureichen oder mit meiner Versichertenkarte die DNA Diagnostik Hamburg MVZ GbR zur Befundübermittlung aufzusuchen, damit die Kostenübernahme der Diagnostik gewährleistet ist.

Ort, Datum

Unterschrift

## 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, geschlechtschromosomalen 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):

1. Trimenon

Zotten  Nabelschnur  anderes fetales Material: \_\_\_\_\_

2. | 3. Trimenon

Nabelschnur  anderes fetales Material: \_\_\_\_\_

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**

**Ggf. zusätzliche Arztadresse zur Befundweiterleitung**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_