

Postadresse und Probenversand:

Heinrich-Düker-Weg 12
37073 Göttingen

Institut für Humangenetik und
Medizinisches Versorgungszentrum der UMG
Bereich Humangenetik

Kontakt:

Zytogenetik

Tel.: 0551 / 39-60387

Fax: 0551 / 39-69374

<http://www.humangenetik-umg.de>

Untersuchungsauftrag postnatale Chromosomenanalyse

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung des Patienten bzw. seines gesetzl. Vertreters ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Patientendaten

Krankenkasse: Ambulant
(bitte Überweisungsschein 10 beifügen)

Name: Stationär

Vorname: Privat

Geburtsdatum:

Anschrift:

Weitere Angaben zum Patienten:

männlich (m) weiblich (w) divers (d) unbestimmt (x)

Anamnese / Klinik / Vorbefunde:

Untersuchungsmaterial:

- Heparin-Blut (5 ml; **gut mischen!**)
- Haut (in steriler NaCl-Lösung)
-

Zusätzlich FISH Analysen:

- Williams-Beuren-Syndrom
- DiGeorge-/Velocardiofaciales Syndrom (CATCH22)

Einsender (Stempel)

(Ort / Datum)

(Unterschrift Arzt)

Hinweise zur Probeneinsendung:

- Bitte **unbedingt** diesen Untersuchungsauftrag und die Einwilligungserklärung **jeder** Patientenprobe beifügen.
- Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslauf schützen.
- Auf Wunsch können wir Ihnen gerne entsprechendes Versandmaterial zuschicken.

Hinweise zur Kostenübernahme bei Privat Versicherten:

Bei Privat Versicherten oder Selbstzahlern bitten wir um deren Unterschrift dafür, dass die Abrechnung unserer Leistungen durch die Privatverrechnungsstelle der Ärzte und Zahnärzte in Niedersachsen, Bezirksstelle Göttingen, Kasseler Landstraße 25c, 37081 Göttingen bzw. die Weitergabe an unsere Anwälte bei Nichtzahlung erfolgen kann.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)