



Auftrag für **postnatale** zytogenetische und molekulargenetische Diagnostik

Patientendaten (ggf. Aufkleber): Name Vorname geb. <input type="checkbox"/> weiblich Straße PLZ Ort	MVZ Clotten Labor Dr. Englert, Dr. Raif & Kollegen www.labor-clotten.de Humangenetik Dr. Schulte-Vallentin Bismarckallee 10 79098 Freiburg Tel./Fax: 0761 - 31905-954/ -955 M.Schulte-Vallentin@labor-clotten.de	  DAC-ML-0057-98-04
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Angaben zu Abrechnung Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anforderenden Arztes (EBM Kap.11).

- Selbstzahler stationär (Rechnung an Patient) Krankenkasse **bitte Ü-Schein 6 (gelb) beilegen**
 Selbstzahler ambulant (Rechnung an Patient) Rechnung an Einsender/Klinik

Untersuchungsmaterial (bitte nicht gefroren oder gekühlt versenden. Substrat in der Spritze belassen):

Genetische Probe / Material: Menge: Entnahmedatum:
 vorbehandelt (NaCl/ Medium/ Fixativ/ Paraffin mit 3-5 µ Gewebs-Schnitten)

Verdachtsdiagnose / Anamnese

Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Stammbaum (ggf. auf der Rückseite):

Vor- Befunde / Ergebnisse (ggf. in Kopie beilegen):

ggf. auch Rückseite benutzen →

Angeforderte Untersuchungen

- Chromosomenanalyse an Blutlymphozyten (5 ml Lithiumheparin/ Monovette, bei Säuglingen reichen 1 ml bzw. Telefonkontakt)
 zusätzliche FISH-Diagnostik (kein zusätzliches Blut benötigt bei zeitgleich durchgeführter Chromosomenanalyse)
 molekulargenetische Untersuchung (10 ml EDTA) bitte genau benennen:
 Gewebezellkultur z.B. Haut (Biopsie in steriler 0,9 NaCl) mit Chromosomenanalyse, ggf. FISH
 andere Anforderung (nach Rücksprache):

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herr Dr.:

Einverständnis der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (Voraussetzung für die Untersuchung gemäß GenDG)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde, ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme, mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde und ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB), dass ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird und dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort/ Datum	Unterschrift der Patientin bzw. deren (gesetzlichen) Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt Name in Druckschrift oder /und Stempel
------------	--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------