

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ **Befund eilt, Übermittlung an** ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m SSW

Knappschafts-kennziffer Quartal

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion ☐ Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2020)

amedes MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie und Mikrobiologie Hannover
Georgstraße 50 · 30159 Hannover · Telefon 0511.30 17 950 · Telefax 0511.30 17 95 119

MVZ Institut für Labormedizin und Klinische Genetik Rhein/Ruhr GmbH
Willy-Brandt-Platz 4 · 45127 Essen · Telefon 0201.74 77 60 · Telefax 0201.74 77 690

☐ Kasse ☐ Privat ☐ Stationär ☐ Selbstzahler (IGeL)

Zytogenetische Untersuchungen

Chromosomenanalyse aus

- ☐ Fruchtwasser
☐ Chorionzotten
☐ Abortmaterial
☐ Heparin-Blut (Lymphozyten)
☐ Bindegewebe (z. B. Fibroblasten)
☐ Nabelschnurblut

Entnahmedatum: _____

pränatal

SSW re _____ US _____

Indikation:

- ☐ Alter
☐ auffälliger US (nähere Angaben unten)
☐ auffälliges ETS ☐ Biochemie
☐ NT
☐ Schnelltest (PCR)
☐ AFP, AChE
☐ FISH
☐ fetaler Rhesusfaktor
☐ molekulargenetische Untersuchung

postnatal

Indikation:

- ☐ unerfüllter Kinderwunsch
☐ vor IVF/ICSI
☐ Aborte
☐ Minderwuchs
☐ Dysmorphie
☐ Sonstiges

weitere Angaben/Anamnese: _____

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG

Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung und ausreichend Bedenkzeit wünsche ich die Durchführung der oben genannten Diagnostik. Ich bin damit einverstanden, dass weiterführende Untersuchungen, die sich aus der oben genannten Diagnostik ergeben, veranlasst werden, sofern sie für die Beurteilung bzw. Absicherung der Befunde notwendig sind. Der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit stimme ich zu. Wenn ich eine von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dieses jederzeit mitteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Datum, Unterschrift der Patient/in

