

Einsendeschein Genetische Untersuchungen

Bitte senden an:



LADR
Medizinisches
Versorgungszentrum
Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde
Berghäuser Str. 295

45659 Recklinghausen

email: info@ihre-humangenetikerin.de
Internet: <http://www.ihre-humangenetikerin.de>



Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: Vorname:

geb.: Tel.:

Straße

PLZ Ort

Ihr Ansprechpartner in unserem Labor ist:

Name: Dr. Frank Austrup
Tel.: 02361 - 30 00 - 0

Angaben zur Abrechnung:

stationär ambulant Krankenkasse: privat
bitte Ü-Schein beilegen Adresse bitte oben eintragen

Weitere Angaben zum Patienten / zur Patientin:

männl. weibl. ethnische / kulturelle Herkunft (soweit genetisch relevant):
ggf. Zwillinge monochorial monoamniot

Diagnose / Anamnese:

(Verdachts-)Diagnose:

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

Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen):

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (5-10 ml Heparinblut) | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik (5-10 ml EDTA-Blut) |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche FISH-Diagnostik | <input type="checkbox"/> ... |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse Knochenmark | <input type="checkbox"/> ... |

Bitte auf der Rückseite spezifizieren.

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung -

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

Stempel und Unterschrift **der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person**