

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



**GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR HUMANGENETIK & GENETISCHE LABORE**
DRES. PETERS | KLEIER | PREUSSE

Genetische Beratung und Humangenetische Labore
im Pränatalzentrum Hamburg und Humangenetik

Altonaer Straße 61-63 | D-20357 Hamburg
Tel. 040 - 432 926-40 | Fax 040 - 432 926-41
www.dna-diagnostik.hamburg | info@dna-diagnostik.hamburg

- Kasse (Labor- Überweisungsschein) ambulant
 privat stationär Selbstzahler
 männlich weiblich

- Cito** **Faxbefund an Einsender**

Für Selbstzahler/Kassenpatienten ohne Ü-Schein: Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit die anfallenden Kosten zu bezahlen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____ Telefonnummer: _____

Anforderungsschein zur postnatalen Diagnostik bei Kinderwunsch und Abortgeschehen

Indikation: _____

- Diagnostik aus Heparinblut** (5-10 ml NH₄- oder Li-Heparin- Monovette)
 Cytogenetische Chromosomenanalyse
 Molekularcytogenetische Diagnostik (Subtelomer-Diagnostik)

- Molekulargenetische Diagnostik aus EDTA- Blut** (2 ml Monovette)

Weibliche Reproduktionsgenetik:

- Ovarielle Dysgenese/ Hyperstimulation (*FSHR*-Gen)
 Thrombophilie: Faktor V Leiden
 Prothrombin-Mutation
 Fragiles X-Syndrom (*FMR1*-Gen) *Fremdlaboranalyse

Männliche Reproduktionsgenetik:

- Azoospermiefaktor
 CBAVD/CUAVD-Stufendiagnostik
 31 häufigste *CFTR*-Mutationen
 vollständige Untersuchung *CFTR*-Gen
 Kallmann- Syndrom

- AGS (21-Hydroxylase-Mangel) *Andere:* _____

- Cytogenetische Diagnostik* aus Abortmaterial** (*bitte in Transportmedium bzw. steriler phys. NaCl*)

- Zotten
 Nabelschnur
 anderes: _____

* Chromosomenanalyse /ggf. molekulargenetische Diagnostik oder Array CGH nach individueller Absprache

Datum Materialentnahme: _____

Absender:

ggf. Adresse Überweisender Arzt

Tel: _____ Fax: _____