

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



LABOR FÜR HUMANGENETISCHE DIAGNOSTIK
 Dr. med. S. Hentze Dr. rer. nat. A. Louis

Patienten/
 Probennummer:

♀ ♂

Name des Partners:

Zytogenetik

- Heparinblut
- Abortmaterial
- Chromosomenanalyse (ggf. erweitert)
- FISH:.....
- Mikrodeletionen:
- Mosaikausschluss.....

Molekulare Diagnostik (nach Anmeldung)

- EDTA-Blut
- asservieren
- Mukoviscidose
- Fragiles-X-Syndrom
- AZF
- Array CGH
- familiärer Darmkrebs
- familiärer Brustkrebs
-

Indikation (alternativ Arztbrief beilegen):.....

Eigenanamnese (Erkrankungen, Medikamente, Verwandtschaft):

Weitere Angaben (für molekulare Diagnostik monogener Erkrankungen zwingend erforderlich):

Analyseart: diagnostisch (Patient betroffen) prädiktiv (Verw. Grad):..... Überträger pränatal

Gibt es (weitere) betroffene Familienmitglieder? nein ja/ Verwandtschaftsgrad.....

Wurden in der Familie genetische Untersuchungen durchgeführt? nein ja (Ergebnisse/ Befunde bitte angeben)

Ich gebe hiermit mein Einverständnis zur Durchführung oben angekreuzter Untersuchung. Ich bin von meinem behandelnden Arzt umfassend über die angeforderte Untersuchung selbst, ihre Grenzen und die möglichen Ergebnisse aufgeklärt worden.

Mein Arzt soll den Befund erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial und die Befunde
 länger als die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen, z.B. für eine spätere Zusatzuntersuchung, Kontrolle oder für meine Familie aufbewahrt werden.
 anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke oder als laborinterne Kontrolle verwendet werden können.

Meine Untersuchungsergebnisse und Daten unterliegen der Ärztlichen Schweigepflicht.
 Ich bin damit einverstanden, dass ggf. die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.
 Ich stimme der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon – falls erforderlich – an ein medizinisches Kooperationslabor zu.

Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Eine Genetische Beratung (Frau Dr. Hentze 0621-822742) zur Klärung weiterer Fragen ist mir angeboten worden. Ich möchte das Angebot

wahrnehmen habe es wahrgenommen nicht wahrnehmen, ich habe ein Informationsblatt dazu erhalten

.....
 Ort/ Datum

.....
 Unterschrift Patient/in

.....
 Unterschrift Arzt

Vom Labor auszufüllen

Probenannahme (Datum/ Uhrzeit/ UK):

Material/ Menge:

Befund / Datum

Fahrdienst:

Auftragsannahme (Datum/ UK):

Unterauftrag versandt an (Datum/ UK)

Dr. rer. nat. A. Louis

Dr. med. S. Hentze

BE (Datum/ UK):

Brückenstrasse 21, 69120 Heidelberg
 Praxisgemeinschaft Prof. Raue u. Kollegen

Yorkstrasse 1 im Lusanum, 67061 Ludwigshafen
 Nebenbetriebsstätte IIG Kaiserslautern

Brunhildestrasse 70, 68199 Mannheim
 Tel. 0621-822742 – Fax 0621 - 827483
 www.humangenetik-louis-hentze.de

Praxis für Humangenetik
Dr. med. Sabine Hentze
Brückenstrasse 21, 69120 Heidelberg
Praxisgemeinschaft Prof. Raue u. Kollegen

Praxis für Humangenetik
Dr. med. Sabine Hentze
Yorckstrasse 1 im Lusanum, 67061 Ludwigshafen
Nebenbetriebsstätte IIG Kaiserslautern

Labor für Humangenetische Diagnostik
Dr. med. S. Hentze, Dr. rer. nat. A. Louis
Brunhildestrasse 70, 68199 Mannheim
Tel. 0621-822742 – Fax 0621 - 827483
www.humangenetik-louis-hentze.de