

 LMU KLINIKUM Institut für Humangenetik	Anforderungsschein Pränataldiagnostik
--	--

Bitte die Einverständniserklärung (<https://www.lmu-klinikum.de/humangenetik/formulare>) ausfüllen und beilegen.
 Ohne unterschriebene Einverständniserklärung ist keine Untersuchung möglich.

Patientendaten (ggf. Aufkleber) Name _____ Vorname _____ geb. _____ ☐ männlich ☐ weiblich Straße _____ PLZ _____ Ort _____		Einsender*in (Name, Tel.-Nr., ggf. Stempel) _____ <table border="1"> <tr> <td> Probenabnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____ </td> <td> Probeneingang Datum: _____ Uhrzeit: _____ </td> </tr> </table>		Probenabnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____	Probeneingang Datum: _____ Uhrzeit: _____
Probenabnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____	Probeneingang Datum: _____ Uhrzeit: _____				

Gewünschte Untersuchung ☐ Chromosomenanalyse ☐ Mikrodeletionsdiagnostik (bitte genaue Angaben): _____ ☐ DNA-Diagnostik (bitte genaue Angaben): _____		Art der Biopsie ☐ Amniocentese (AC) ☐ Chorionzotten (CVS) ☐ Plazentazotten (PLZ) ☐ Sonstiges: _____	
SSW am Punctionstag _____	Geschlechtsmitteilung ☐ Ja ☐ Nein	Indikation ☐ erhöhtes mütterliches Alter ☐ auffällige Serumbiochemie/Nackentransparenz ☐ auffälliger Ultraschallbefund ☐ Sonstiges: _____	
Anamnestische Daten (wichtige Erkrankungen, Aborte, u.a., event. Stammbaum) _____		Pränataler FISH-Schnelltest ☐ 21, 18, 13, X, Y Tel. für Befundmitteilung:.....	
Untersuchungsmaterial 15-20 ml Fruchtwasser oder 20-30 mg Zottenmaterial, ungekühlter Versand per Boten am Tag der Biopsie			

Für Patient*innen mit einer Privatversicherung

Ich erkläre mich einverstanden mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung benötigten Angaben an die MEDAS GmbH, Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und Medizinische Abrechnung, Messerschmidtstr. 4, 80992 München sowie der Rechnungsstellung durch dieses Unternehmen.

X	Unterschrift Patient*in
Ort, Datum	