

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Rechnungsart

Kasse

- stationär
 ambulant (bitte Überweisungsschein)

Privat

- stationär
 ambulant

Rechnungsempfänger

- Einsender Patient/in

Arztstempel und Unterschrift



Institut für Zell- und Molekularpathologie
 Direktorin Prof. Dr. med. Brigitta Schlegelberger
 Fachärztin für Humangenetik

Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 Tel.: 0511-532 4520/4523
 Fax: 0511-532 4521
 www.mhh.de/zellpathologie.h



Akkreditiert durch/Accredited by
 Zentralstelle der Länder
 für Gesundheitsschutz
 bei Arzneimitteln und
 Medizinprodukten
 www.zlg.de
ZLG-P-352.08.03

Duplikatsbefund an

Untersuchungsantrag Array-CGH

(Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr)

Rücksprache unter: **0511-532-4669 Dr. Doris Steinemann** (steinemann.doris@mh-hannover.de)
0511-532-4530 Marcel Tauscher (tauscher.marcel@mh-hannover.de)

Untersuchungsmaterial:

- EDTA-Blut
 EDTA-Knochenmark
 DNA
 Sonstiges

Tag der Probennahme: _____

Formate:

- Standard 180k-array
 Sonderformate
 SNP/CGH-Array (UPD/Aberration)
 Chromosomen-/Regionspezifisch
 hochauflösend (400k/1M-Array)

Bitte ggf. Kopien von Vorbefunden mitschicken

Indikation:

- Patient > 3 Jahre mit isolierter Intelligenzminderung (IQ-test < 70)
 geistige Behinderung mit Dysmorphiezeichen in mindestens 2 Systemen
 tiefgreifende Entwicklungsstörung des Autismus-Formenkreises / Fehlbildung und schwere Funktionsstörung des Gehirns unbekannter Ursache
 multiple angeborene Fehlbildungen
 zytogenetisch nicht erfassbare multiple dysmorphologische Merkmale
 sonstige (außerhalb der **Regelleistung Kostenübernahmeerklärung** erforderlich)

Einverständniserklärung gemäß GenDG

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten tumorgenetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Wir erforschen, wie genetische Veränderungen zur Entwicklung von Leukämien und anderen Krebserkrankungen beitragen. (Auch wenn sich -hoffentlich- herausstellt, dass Sie keine ernsthafte Erkrankung haben, sind die Zellen für uns von Nutzen). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort	Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes
------------	--------------	---	--