

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

# Ambulanzzentrum der MHH GmbH

Versichertenstatus

Kasse:

ambulant (bitte Überweisungsschein Muster10)

Barcode Humangenetik
----------------------

Arztstempel
-------------

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:  
 Dr. med. B. Auber, PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann,  
 Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,  
 Dr. med. T. Ripperger PhD, Prof. in Dr. med. B. Schlegelberger  
 Dr. med. C. Scholz

Fachbereich Humangenetik, OE 6300  
 Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover  
[www.mh-hannover.de/humangenetik.html](http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html)



## Auftrag zur molekularzytogenetischen Untersuchung (FISH)

**Ansprechpartner:** PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann 0511 532 4526

Eingangslabor 0511 532-3114

Fax: 0511 532-4521

<b>Material :</b>	Entnahmedatum: _____
<input type="checkbox"/> Heparinblut (2-8 ml, z.B. Li-Heparin Monovette)	<input type="checkbox"/> fixierte Zellsuspension aus _____
<input type="checkbox"/> Chromosomenpräparate aus _____	<input type="checkbox"/> anderes: _____

**Diagnose / Indikation / Bemerkungen:**  
 Sofern eine Chromosomenanalyse bereits erfolgt ist, bitte Karyotyp angeben und Karyogramm beifügen.

**Molekularzytogenetische Untersuchung:**

**Bei V.a. Mikrodeletionssyndrom**

<input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom	<input type="checkbox"/> Cri-du-Chat-Syndrom	<input type="checkbox"/> DiGeorge-Syndrom/ Velocardiofaziales-Syndrom
<input type="checkbox"/> Gonadendysgenese	<input type="checkbox"/> Ichthyosis (X-chr.)	<input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom
<input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom	<input type="checkbox"/> Mikrodeletion 1p36	<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom
<input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom	<input type="checkbox"/> Sotos-Syndrom	<input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom
<input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom	<input type="checkbox"/> andere _____	(nur nach Rücksprache Tel. s.o.)

**Subtelomer-Screening (komplett)**

**Charakterisierung von Markerchromosomen**  
(nur nach Rücksprache Tel. s.o.)

**V. a. Strukturaberration Chromosom** \_\_\_\_\_

**z.N. /V.a. Chromosomentranslokation** \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_ (nur nach Rücksprache Tel. s.o.)

**zusätzlich Chromosomenanalyse**

**Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)**

– bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG 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 Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für eine ggf. erforderliche oder gewünschte Überprüfung des Ergebnisses, weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung, laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Mit der Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH für Forschungszwecke bin ich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. **(Nichtzutreffendes bitte streichen)**  
 Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.  
 - Eine Kopie dieses Auftrags habe ich erhalten -

X	X	X
<b>Ort/Datum</b>	<b>Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter</b>	<b>Name in Druckschrift und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes</b>

Ambulanzzentrum der MHH GmbH  
 Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Dr. med. Andreas Tecklenburg, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe  
 Bank für Sozialwirtschaft, IBAN DE41 2512 0510 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN  
 Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359

## Laborüberweisungsschein Muster 10 - Ausfüllhilfe

Bitte füllen Sie den Laborüberweisungsschein (Muster 10) unter Beachtung folgender Punkte vollständig aus:

The image shows a form titled 'Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung' (Referral slip for laboratory examinations as order performance). The form is numbered '10' in the top right corner. It contains several sections and checkboxes, with red boxes and numbers 1 through 9 highlighting specific areas for completion. The highlighted areas are: 1. Patient information (Name, Vorname, geb. am); 2. Insurance information (Kassen-Nr., Versicherten-Nr., Status); 3. Laboratory information (Betriebsstätten-Nr., Arzt-Nr., Datum); 4. Treatment type (Kurativ, Präventiv, bei belegärztl. Behandlung, Unfall, Unfallfolgen); 5. Laboratory order number (Auftragsnummer des Labors); 6. Quarterly reference number (ggf. Kennziffer, Quartal); 7. Diagnosis (Diagnose/Verdachtsdiagnose); 8. Order details (Auftrag); 9. A red box containing the text 'Verbindliches Muster' (Mandatory form). The form also includes a QR code, a barcode area, and various checkboxes for medical conditions and legal requirements. At the bottom, there is a note: 'Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen' and 'Muster 10 (1.2012)'.

### Angegeben werden müssen:

1. Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname und Geburtsdatum
2. Kassennummer, Versichertennummer und Status
3. Betriebsstättennummer, Arztnummer und Datum
  - Achtung: Das Datum darf **nicht nach dem Datum** der Materialentnahme liegen
4. Kreuz bei Kurativ setzen
5. Ggf. **kann** eine Ausnahmeindikationsziffer eintragen werden
6. Richtiges Quartal
7. Diagnose/Verdachtsdiagnose
8. Auftrag
9. Überweisungsschein mit Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes versehen