

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Rechnung Überweisungsschein <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> <small>Bitte Muster 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <small>Rechnung an Klinik</small>		

Anforderungsbeleg Tumorgenetik

Untersuchungsmaterial			Knochenmark	peripheres Blut	
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukozytenzahl:	<input type="text"/>	Gpt/l	Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite www.praxisverbund-humangenetik.de unter Probenmaterial.		

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Fragestellung, klinische Diagnose und Symptomatik

Indikation/ Verdachtsdiagnose:

Therapie:

Bereits erfolgte genetische Untersuchungen (*welche Untersuchung, Ergebnis*)

Bitte legen Sie die Ihnen vorliegenden wichtigsten Arztbriefe und Befunde in Kopie bei.

Molekulargenetik

Bitte Anforderungsbeleg Molekulargenetik beilegen.

