

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Probeneinsendung:**

Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM  
Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena  
Tel.: 03641/ 9396804

# Anforderung DNA-Asservierung und/ oder Versendung

## Patientenangaben

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich

Anschrift: .....

## Indikation / Fragestellung

Angaben zur Klinik: .....

## Material

EDTA-Blut

sonstiges .....

Datum der Probenentnahme: .....

## Vom Labor auszufüllen

Labor Eingangsdatum: .....

Labor Nummer: .....

## Hinweise zur Probeneinsendung siehe auch unter [www.humangenetik.uniklinikum-jena.de](http://www.humangenetik.uniklinikum-jena.de)

**Bitte vorher telefonisch ankündigen, wenn die DNA früher als 14 Tage nach dem Eingangsdatum versendet werden soll.**

- Eingang im Labor Montag bis Freitag, Postversand/ Hauspost ungekühlt, 5 - 10 ml EDTA Blut

## Probenweiterleitung

Bitte leiten Sie die isolierte DNA weiter an: .....

(Bitte Überweisungsschein und vollständig ausgefüllten Begleitschein der entsprechenden Institution beifügen!)

Bitte lagern Sie die isolierte DNA bis auf weiteres.

## Kostenübernahme

- Überweisungsschein (bei UPD beider Eltern)  stationär
- Privat  teilstationär
- ASV-Fall (§116b SGB V):  ja  nein  ambulant

## Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin

Stempel oder Druckschrift

Name:

Anschrift:

Telefon:

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gem. Gendiagnostikgesetz liegt ausgefüllt anbei

Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung\* ausgefüllt anbei

\* Bitte nutzen Sie unser Formular unter: <https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/>

Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Datum, Unterschrift: .....