

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 9-396804

Anforderung Exom-Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht: männlich weiblich Patient bekannt Angehöriger bekannt
genetischer Vorbefund: ja (Kopie anbei) nein Ethnische Herkunft: _____
Verdachtsdiagnose: differentialdiagnostisch prädiktiv Datum geplante Befundmitteilung: _____
Konsanguinität der Eltern: ja nein

Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose und klinische Symptomatik Vorbefunde bitte angeben / beilegen

Material

Abnahmedatum: _____
 EDTA-Blut
 DNA, extrahiert aus: _____
 sonstiges: _____

vom Labor auszufüllen

Laboreingang am: _____ Labor-Nr.: _____
Notizen: _____

Untersuchungen weiterführende Informationen unter uniklinikum-jena.de/humangenetik

<input type="checkbox"/> Duo-Exom	<input type="checkbox"/> Trio-Exom
Anforderung nur nach Rücksprache. Zusatzangaben zu Personen, klinische Betroffenheit spezifizieren	
<input type="checkbox"/> Single-Exom	_____

<i>mögliche mit der Exom-Analyse nicht erfasste Analysen bzw. Differenzialdiagnosen:</i>	
<input type="checkbox"/> Array-CGH nur nach vorangegangener Chromosomenanalyse, bitte zusätzlich 5 ml Heparin-Blut einsenden	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse bereits erfolgt
<input type="checkbox"/> Fragiles-X-Syndrom	FMR1-repeat-Bestimmung
<input type="checkbox"/> Prader-Willi- / Angelman Syndrom	MLPA (Kopiezahl-, Methylierungsveränderungen in 15q11-q13)
Untersuchungen zu speziellen Fragestellungen können nach Rücksprache angeboten werden bzw. sind dem allgemeinen Anforderungsschein Molekulargenetische Diagnostik zu entnehmen. Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung laut Gendiagnostikgesetz nur dem einsendenden Arzt übermittelt werden darf.	

Kostenübernahme

gesetzlich versichert, ambulant stationär
 privat versichert teilstationär
 ASV-Fall (§ 116b SGB V): ja nein ambulant

Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift

Name: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.

Anlagen

Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen liegt ausgefüllt anbei
 Überweisungsschein Typ 10 für gesetzlich versicherte Patienten
 Kostenübernahmeerklärung¹ und ausgefüllter **Kostenvorschlag**² für privat versicherte Patienten anbei

¹ bitte Formular unter: uniklinikum-jena.de/humangenetik/Anforderungsscheine.html verwenden ² telefonisch bitte vorab anfordern

