

Bitte die Einverständniserklärung (<https://www.lmu-klinikum.de/humangenetik/formulare>) ausfüllen und beilegen.  
Ohne unterschriebene Einverständniserklärung ist keine Untersuchung möglich.

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber)</b> Name _____ Vorname _____ geb. _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Straße _____ PLZ _____ Ort _____		<i>Einsender*in (Name, Tel.-Nr., ggf. Stempel)</i>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>Probenabnahme</b></td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><b>Probeneingang</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Datum: _____</td> <td style="padding: 5px;">Datum: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Uhrzeit: _____</td> <td style="padding: 5px;">Uhrzeit: _____</td> </tr> </table>		<b>Probenabnahme</b>	<b>Probeneingang</b>	Datum: _____	Datum: _____	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
<b>Probenabnahme</b>	<b>Probeneingang</b>								
Datum: _____	Datum: _____								
Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____								
<b>Diagnose/Verdacht</b>  	<b>Molekulargenetische Analyse</b> <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktoren (AZF-Deletionen) <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé-Syndrom (FLCN) <input type="checkbox"/> Thrombophiliediagnostik (Faktor V-Leiden, Prothrombin) <input type="checkbox"/> Y-Chromosom-Ausschluss bei Turner-Syndrom Untersuchungsmaterial: 5 ml EDTA-Blut, ungekühlter Versand								
<b>DNA-Asservierung</b> <input type="checkbox"/> aus Venenblut Untersuchungsmaterial: 5 ml EDTA-Blut, ungekühlter Versand <input type="checkbox"/> aus Gewebebiopsie Untersuchungsmaterial: Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme	<b>Konventionelle Chromosomenanalyse (Karyotypisierung)</b> <input type="checkbox"/> aus Venenblut <input type="checkbox"/> aus Haut/Gewebebiopsie <input type="checkbox"/> aus Fehlgeburtsgewebe Untersuchungsmaterial: 2ml Li-Heparinblut oder Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme								
<b>FISH-Diagnostik (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung)</b> <b>Mikrodeletion:</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1p36-Deletionssyndrom  <input type="checkbox"/> 22q11.2-Deletion (DiGeorge/Velokardiofaziales Synd.)  <input type="checkbox"/> 22q13-Deletionssyndrom  <input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom (X-chromosomal)  <input type="checkbox"/> Katzenschrei-Syndrom (5p-)  <input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3)  <input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)           </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Swyer-Syndrom (SRY-Deletion)  <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23)  <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-)  <input type="checkbox"/> X-gebundene Ichthyosis  <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angaben)           </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 1p36-Deletionssyndrom <input type="checkbox"/> 22q11.2-Deletion (DiGeorge/Velokardiofaziales Synd.) <input type="checkbox"/> 22q13-Deletionssyndrom <input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom (X-chromosomal) <input type="checkbox"/> Katzenschrei-Syndrom (5p-) <input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3) <input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)	<input type="checkbox"/> Swyer-Syndrom (SRY-Deletion) <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23) <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-) <input type="checkbox"/> X-gebundene Ichthyosis <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angaben)				
<input type="checkbox"/> 1p36-Deletionssyndrom <input type="checkbox"/> 22q11.2-Deletion (DiGeorge/Velokardiofaziales Synd.) <input type="checkbox"/> 22q13-Deletionssyndrom <input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom (X-chromosomal) <input type="checkbox"/> Katzenschrei-Syndrom (5p-) <input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3) <input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)	<input type="checkbox"/> Swyer-Syndrom (SRY-Deletion) <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23) <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-) <input type="checkbox"/> X-gebundene Ichthyosis <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angaben)								
⇨ 2ml Li-Heparinröhrchen oder Röhrchen mit Nährmedium können angefordert werden ⇨									

**Für Patient\*innen mit einer Privatversicherung**

Ich erkläre mich einverstanden mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung benötigten Angaben an die MEDAS GmbH, Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und Medizinische Abrechnung, Messerschmidtstr. 4, 80992 München sowie der Rechnungsstellung durch dieses Unternehmen.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in