

Patient / Ratsuchender (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geschlecht: weiblich männlich
Telefonnummer: _____
Krankenkasse (GKV/PKV): _____
E-Mail-Adresse: _____

Einsender (ggf. Stempel)

Name / Adresse / Telefon / Fax / Unterschrift

TUMOR

Untersuchungsmaterial (beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

Knochenmark
 peripheres Blut
 Sonstiges: _____

Kostenträger

GKV-Patient, ambulant *
 privat
 stationär

* Bitte einen Überweisungsschein
10 (Laboruntersuchungen) beilegen.

Probenentnahme (Datum, Arzt/MFA): **X** _____ Probeneingang (Datum, Uhrzeit): **X** _____

Eine Genetische Beratung erfolgte am: _____ Arzt: _____
Eine Genetische Beratung ist vorgesehen für: _____ Arzt: _____

Anamnese:

Vorbefunde (bitte beifügen):

Erstuntersuchung
 Verlaufskontrolle
 Z.n. allo Tx?
 Gleichgeschlechtlich
 Gegengeschlechtlich

Diagnose / Verdachtsdiagnose:

 **DAkks**
Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-21458-01-00

Pflichtfeld! Angaben für die Interpretation der Analysen unbedingt erforderlich

Untersuchungsauftrag:

Chromosomenanalyse
 FISH
 weitere Analysen: _____
 weitere nach telefonischer Rücksprache

Arzt (Datum, Unterschrift)