

# UKGM UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND MARBURG

Institut für Humangenetik  
Schlangenzahl 14  
35392 Giessen

**Proben (ungekühlt) bitte an:**  
Labor für Molekulargenetische Diagnostik  
Prof. Dr. rer. nat. Dagmar Nolte, Tel.: 0641/99-41615

Tel. 0641/99-41600 – FAX: 0641/99-41609

## ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR MOLEKULARGENETISCHE DIAGNOSTIK

Patientenetikett	interne Labornummern:  Eingang: _____ Ansatz: _____
------------------	---

### Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen):

<input type="checkbox"/> Kasse ambulant	<input type="checkbox"/> Kasse stationär	<input type="checkbox"/> Privat ambulant*	<input type="checkbox"/> Privat stationär*	<input type="checkbox"/> Selbstzahler*	<input type="checkbox"/> § 116b/ASV
---	--	---	--	--	-------------------------------------

\*Kostenübernahmeerklärung für Selbstzahler/Privatpatienten siehe Rückseite (für IGeL Leistungen separates Formular s.u.)

<b>Indikation:</b>	Geschlecht Genetische Voruntersuchungen? Indexpatient bekannt?	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Entnahmedatum: _____		<input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> prädiktiv <input type="checkbox"/> vorgeburtlich	

### Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:

Bitte 10 ml **EDTA**-Blut oder DNA einsenden

- Chorea Huntington (2 separate EDTA-Röhrchen erforderlich)
- DRPLA
- Benigne infantile Krampfanfälle / Paroxysmale kinesigene Dyskinesie / Familiäre hemiplegische Migräne: (PRRT2)
- Spinozerebelläre Ataxie (Repeatverlängerungen):     1,  2,  3,  6,  17,  7 (bei Opticusathrophie),
- Spinozerebelläre Ataxie (Punktmutationsscreening):     13,  14,  23,  mtATP6-Gen
- TTR – assoziierte Amyloidose
- SLCO1B1*- Gen (Statine) → IGeL-Leistung: 287,07 € (siehe beiliegender Vertrag) \*\*

**\*\* Vertrag über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) als separates Formular**

interne Bemerkungen:

### Anfordernde ärztliche Person:

Name (Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**(Arzt-/Klinikstempel)**

**Bitte unbedingt Rückseite berücksichtigen!**

