

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG  
**LUNGENERKRANKUNGEN**

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

**EINSENDER (STEMPEL)**

Name – Anschrift – Unterschrift – Telefonische Durchwahl – E-Mail

**KOSTENTRÄGER**

- GKV (gesetzlich versichert) - Laborüberweisungsschein Muster 10
- ambulant     stationär, Rechnung an Klinik     §116b Ambulanz
- Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.
- IGeL / Selbstzahler
- PKV (privat versichert)     ambulant     stationär
- Kostenvoranschlag nach GoÄ erbeten

**ANGABEN ZUM PATIENTEN**

Indikation: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft / Schwangerschaft der Partnerin:     Nein     Ja    SSW \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Konsanguinität der Eltern:     Nein     Ja

**KLINISCHE SYMPTOMATIK**

**Angaben zur Familienanamnese**

Gibt es in der Familie weitere Betroffene mit ähnlicher Symptomatik?     Nein     Ja    Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Liegen genetische Vorbefunde von Verwandten vor?     Nein     Ja    Wenn ja, bitte Befundkopie beilegen

**UNTERSUCHUNGSMATERIAL**

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_     EDTA-Blut (2-5 ml)     Chorionzotten     Fruchtwasser

Uhrzeit: \_\_\_\_\_     DNA aus \_\_\_\_\_     Nabelschnurblut     Sonstiges: \_\_\_\_\_

(≥ 250 ng; ≥ 100 ng/µl)

**UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG**

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: [info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de) oder unter +49 89 895578-0

Diagnostisch     Prädiktiv     Pränatal

Zieldiagnostik bei familiär bekannter Variante?     Ja, bitte Befundkopie beilegen; alternativ, exakte Angabe von Gen, Variante und Transkript:

Gen: \_\_\_\_\_    Variante: \_\_\_\_\_    Transkript: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTIK**

- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel  
(SERPINA1)
- Cystische Fibrose / Mukoviszidose  
(CFTR)
- FLNA-assoziierte Lungenerkrankung  
(FLNA)
- Hirn-Lunge-Schilddrüsen-Syndrom  
(NKX2-1)
- Interstitielle / diffus-parenchymatöse Lungenerkrankung  
(ABCA3, CSF2RA, CSF2RB, FLNA, FOXF1, SFTPB, SFTPC, NKX2-1)
- Kongenitale alveolar-kapilläre Dysplasie  
(FOXF1)
- Lungenfibrose  
(31 Gene)
- Primäre ziliäre Dyskinesie  
(42 Gene)
- Pulmonale alveoläre Mikrolithiasis  
(SLC34A2)
- Pulmonale Alveolarproteinose  
(CSF2RA, CSF2RB, MARS1, OAS1, SLC7A7)
- Pulmonale arterielle Hypertonie  
(13 Gene)

Eine komplette Liste aller im Labor anforderbaren Analysen finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)



## ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

Bitte wählen Sie einen der beiden unten stehenden Laborstandorte für die Probenzusendung aus:

**MVZ Martinsried**  
Lochhamer Str. 29  
82152 Martinsried  
GERMANY

Tel: +49 89 895578-0  
Fax: +49 89 895578-780  
www.medicover-diagnostics.de  
info@medicover-diagnostics.de

**MVZ Berlin-Lichtenberg**  
Plauener Str. 163-165  
13053 Berlin  
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727  
Fax: +49 30 92090741  
www.medicover-diagnostics.de  
info@medicover-diagnostics.de

## GENETISCHE BERATUNGSSTELLEN

Unsere Standorte für genetische Beratung:

### Augsburg

Armenhausgasse 18  
86150 Augsburg  
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 514501

### Berlin-Lichtenberg

Rosenfelder Straße 15-16  
10315 Berlin  
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

### Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG  
10117 Berlin-Mitte  
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 79748430

### Berlin-Westend

Spandauer Damm 130  
14050 Berlin  
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

### Hannover

Podbielskistr. 122  
30177 Hannover  
Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

### Kempten (Zweigstelle Martinsried)

Robert-Weixler-Str. 50  
87439 Kempten  
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

### Martinsried

Lochhamer Str. 29  
82152 Martinsried  
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0