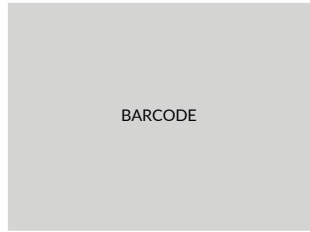


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
**BINDEGEWEBS-/
 AORTENERKRANKUNGEN**

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter 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) DNA aus _____ Sonstiges _____
 Uhrzeit: _____ (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: 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: _____

PANELDIAGNOSTIK

- Marfan-Syndrom
(*FBN1, TGFB1, TGFB2*)
- Loeys-Dietz-Syndrom
(*SMAD2, SMAD3, TGFB2, TGFB3, TGFB1, TGFB2*)
- Marfan-ähnliche Erkrankungen
(13 Gene)
- Thorakale Aortenerweiterung mit dem Risiko der Aortendissektion / TAAD
(36 Gene)
- Kollagen 4-assoziierte intrazerebrale Blutungen
(*COL4A1, COL4A2*)
- Bikuspidale Aortenklappe
(*GATA5, NOTCH1, ROBO4, SMAD6*)
- Cutis laxa
(*ALDH18A1, ATP6VOA2, ATP6V1A, ATP6V1E1, EFEMP2, ELN, FBLN5, LTBP4, PYCR1*)
- Ehlers-Danlos-Syndrom dominante Subtypen
(*COL1A1, COL1A2, COL3A1, COL5A1, COL5A2*)
- Ehlers-Danlos-Syndrom rezessive Subtypen
(*ADAMTS2, AEBP1, B3GALT6, B4GALT7, CHST14, COL1A2, DSE, FKBP14, PLOD1, SLC39A13, TNXB*)
- Ehlers-Danlos-Syndrom seltene Formen, Differenzialdiagnosen
(14 Gene)

Eine komplette Liste aller im Labor anforderbaren Analysen finden Sie unter 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