



ANFORDERUNGSSCHEIN GENOMSEQUENZIERUNG

Im Rahmen des Modellvorhabens Genomsequenzierung nach § 64e SGB V über umfassende Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen

PATIENT/IN (ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geburtstag: Geschlecht: w m
Anschrift:
Versichertennummer:
Krankenkasse:

Anfordernder Arzt / Anfordernde Ärztin (Stempel)

Mutter von Patient/in (ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geburtstag:
Anschrift:

Vater von Patient/in (ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geburtstag:
Anschrift:

Anforderung:

Asservierung von DNA bis zur Durchführung Genomboard 2

Einzel-Genom*:
Exomweite Analyse auf Basis einer Einzelgenomsequenzierung inklusive genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen

Trio-Genom*:
Exomweite Analyse auf Basis einer Triogenomsequenzierung inklusive genomweiter Nachweis von Deletionen und Duplikationen und Segregationsanalyse bei den Eltern

***Anforderung für Genomsequenzierung nur gültig nach Freigabe durch das Genomboard 2!**

Untersuchungsmaterial:

EDTA-Blut _____ ml **DNA** _____ µg **Sonstiges:** _____ **Entnahmedatum:** _____

Wurde auch Untersuchungsmaterial der Eltern (ggf. weiterer Familienmitglieder) versandt?

Nein **Ja**, (bitte spezifizieren) **EDTA-Blut** / **DNA** / **sonstiges** _____ (Mutter)

Nein **Ja**, (bitte spezifizieren) **EDTA-Blut** / **DNA** / **sonstiges** _____ (Vater)

Nein **Ja**, (bitte spezifizieren) **EDTA-Blut** / **DNA** / **sonstiges** _____ (_____)

Name des Arztes: _____ Tel: _____
(Druckbuchstaben)

Datum und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes gemäß GenDG