

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kostenträgerkennung	Versichertennr.	Status
Betriebsstättennr.	Arztnr.	Datum
Arztstempel		

Versichertenstatus:

Stationär:

- privat
 Kasse

Ambulant:

- privat
 Kasse*
 *(Überweisungsschein Muster 10 mit Diagnose & Auftrag)
 § 116b

MHH Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Humangenetik

Direktorin
 Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato

OE 6300
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
<https://www.mhh.de/humangenetik>



Deutsche Akkreditierungsstelle
 D-ML-13168-01-00

Untersuchungsauftrag der EWOG-MDS- und SAA-Studie

Ansprechpartnerinnen: Prof. Dr. med. Anke Bergmann und Dr. rer. nat. Yvonne Behrens
 Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

Diagnose _____

Verdacht auf: gesichert:

Erstdiagnose, Datum: _____

Transplantation: Ja Nein
 geschlechtsdifferent: Ja Nein
 Nein

Material: **Bitte grundsätzlich Li-Heparin -Material einsenden!**

<input type="checkbox"/> Knochenmark <ul style="list-style-type: none"> • 5-8 ml Li-Heparin-Knochenmark <input type="checkbox"/> peripheres Blut <ul style="list-style-type: none"> • 5 ml peripheres Li-Heparinblut
--

spezielle Anforderungen _____

Ort, Datum

Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift und
 Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Tel.-Nr. für Rückfragen