

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>



DAKkS  
 Deutsche Akkreditierungsstelle  
 D-ML-13168-01-00

## Untersuchungsauftrag „SCN-Register (SCNIR)“

Ansprechpartnerinnen: Prof. Dr. med. Anke Bergmann  
 Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

Diagnose \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zeitpunkt Entnahme: \_\_\_\_\_

Kommentar: \_\_\_\_\_

Chromosomenanalyse und FISH: 7q31/CEP 7 und CEP 8

zusätzlich adultes FISH-Panel

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

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

spezielle Anforderungen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ort, Datum

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

Tel.-Nr. für Rückfragen