

## Anforderungsschein Diagnostik Urologie / Andrologie

Bitte zurücksenden an

**Universitätsklinikum Münster**  
**Institut für Humangenetik**  
**Vesaliusweg 12-14**  
**48149 Münster**

Medizinisches Versorgungszentrum am  
Universitätsklinikum Münster - MVZ  
Abteilung für Ambulante Humangenetik

Molekulargenetisches Labor:  
Tel. 0251 - 83-55419

Materialannahme: Tel. 0251 - 83-55424



### Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**  
Humangenetische Leistungen belasten das  
Laborbudget des anfordernden Arztes nicht.
- Privatrechnung**
- Rechnung an Krankenhaus**

### Anlass zur molekulargenetischen Diagnostik / Fragestellung:

### Stammbaum / Vorbefund(e):

### Materialentnahme am:

### Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Klinik: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

**Entnahme** Benötigt werden  
5-10 ml **EDTA-Blut** für **molekulargenetische Untersuchungen** (AZF, CAG-Repeats, usw.)  
5-10 ml **Li-Heparin-Blut** für **Chromosomenanalysen**  
Röhrchen bitte eindeutig beschriften (Name, Vorname, Geburtsdatum).

**Versand** Per Post möglichst am Wochenanfang,  
eine Lagerung der Blutprobe im Kühlschrank (+4°C) ist über Nacht / Wochenende möglich.

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung des Patienten vorliegt!**

⇒ **bitte wenden**

