

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



## BEGLEITDOKUMENTATION ARRAY-CGH / NGS

### Begleitdokumentation zum Auftrag zur Polkörper-Analytik (ARRAY-CGH / NGS)

Name der Patientin \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Initialen \_\_\_\_\_

Betreuendes IVF-Zentrum \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer für Rückfragen \_\_\_\_\_

Fax-Nummer für Befundübermittlung \_\_\_\_\_

### Informationen

Bitte überführen Sie die Polkörper entsprechend der beiliegenden Anleitung ‚Vorbereitung von Einzelzellen für eine Analyse mittels ARRAY-CGH / NGS‘ in die Ihnen zur Verfügung gestellten Gefäße und beschriften Sie diese mit einem Tiefkühlmarker jeweils mit den Initialen der Patientin und mit 1 / 2 / 3 etc. entsprechend des folgenden Schemas:

EZ-Nummer	Anzahl PK		Bemerkungen*
	PK 1	PK 2	

\* Bemerkungen: Falls Sie nur einen Polkörper entnehmen konnten, bitten wir Sie dies hier mit PK1 bzw. PK2 zu spezifizieren.

**Bitte füllen Sie die notwendigen Felder auf der Rückseite aus!**

Sollten sich Unstimmigkeiten ergeben, erfolgt ein Rückruf zur Klärung des Sachverhalts.

Falls telefonisch der Ansprechpartner nicht erreichbar oder keine Klärung möglich ist, wird die Polkörper-Analytik durchgeführt, wobei das Risiko der Probenverwechslung beim Einsender liegt. Die Polkörper-Analytik erfolgt gemäß der Einverständniserklärung und des Auftrages zur Durchführung von Polkörper-Analytik zwischen der oben genannten Patientin und Polaris - Institut für Polkörper-Analytik.

### Einsenderinformation zum Probenmaterial

Bearbeiter: \_\_\_\_\_

Zeit/Datum \_\_\_\_\_

Uhrzeit und Datum der Entnahme der Polkörper \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift \_\_\_\_\_

### Nur von Polaris auszufüllen!

Schema ausgefüllt: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Übereinstimmung mit Einsender-Informationen (s.o.): \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Angabe der Abweichungen \_\_\_\_\_

Bei Abweichung Rückruf (mit Zeitangabe) \_\_\_\_\_

Ergebnis des Rückrufs \_\_\_\_\_

Uhrzeit/Datum Befundübermittlung per Fax \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Bearbeiter \_\_\_\_\_