

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



INSTITUTE FÜR MEDIZINISCHE GENETIK

Polaris - Institut für Polkörper-Analytik

Immermannstr. 65 A
40210 Düsseldorf

Tel.: 0211 27 101 117
Fax: 0211 27 101 1386

Email: polaris@zotzklimas.de
Web: www.zotzklimas.de

BEGLEITDOKUMENTATION ARRAY-CGH

Begleitdokumentation zum Auftrag zur Polkörper-Analytik (ARRAY-CGH)

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‘ 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!

REVISION: POL_ARRAY_CGH_05-2019 Version: 2

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

REVISION: POL_ARRAY_CGH_09-2019_Version:1