

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Dr. med. Marta Lemmens**  
Fachärztin für Humangenetik

Theaterplatz 6-12  
52062 Aachen

**Tel.** 0241 99 77 57 0  
**Fax** 0241 99 77 57 20

genetik-aachen@zotzklimas.de  
www.zotzklimas.de

## Begleitschein zur molekulargenetischen Diagnostik

**Einsender**   
Bericht erbeten an   
Probenentnahme

### Kostenträger

privat     stationär     amb. Kassenpatient

männlich     weiblich

Herkunftsland

Befundmitteilung an Patient/in     ja     nein

z. Zt. Schwangerschaft

Familiäre Belastung

Auffälligkeiten

### Auftrag/Diagnose/Verdacht

Protokoll der genetischen Beratung /  
Vorbefunde beifügen. Daten zur  
Familienvorgeschichte, möglichst  
mit Namensangabe

**Untersuchungsmaterial** 5 ml Venenblut mit EDTA

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin/  
des (gesetzlichen) Vertreters liegt vor

**Ort / Datum / Unterschrift**