

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

INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung

Paul-Schallück-Str. 8 50939 K ö l n (Sülz)
Tel. 0221/942013-0 Fax 0221/94201331
Email: drjung@online.de

Einsender (Stempel)

Privatpatient→ Rechnung an Patient	○
Privatpatient→ Rechnung an Einsender	○
stationärer Patient.....→ Rechnung an Pflegekostenabteilung	○
amb. Kassenpatient→ Überweisung mitsenden	○

Anforderung Familiäres Mittelmeerfieber

<p>Untersuchungsauftrag</p> <p><input type="radio"/> Mutationsnachweis im Marenosttrin-/ Pysin-Gen / Stufe 1 (Exon 1, 2, 3, 5 und 10)</p> <p><input type="radio"/> Mutationsnachweis im Marenosttrin-/ Pysin-Gen / Stufe 2 (Komplettsequenzierung)</p>

<p>Indikation / Anamnese</p> <p><input type="radio"/> periodisch wiederkehrende Fieberschübe</p> <p><input type="radio"/> Pleuritis</p> <p><input type="radio"/> Peritonitis</p> <p><input type="radio"/> Schmerzen in Gelenken, Muskeln und Abdomen</p> <p><input type="radio"/> Akute oder chronische Arthritiden</p> <p><input type="radio"/> Amyloidose</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:</p>
--

<p>Familienanamnese:</p>

<p>Sonstige Angaben:</p>

_____	_____	_____
- Datum -	- anfordernder Arzt (Name in Druckschrift) -	- Unterschrift des anfordernden Arztes -

Bitte jeweils 3 - 5 ml EDTA-Blut auf dem normalen Postweg einsenden. Das Kühlen der Proben ist nicht notwendig. Das Institut für Medizinische Genetik und Molekulare Medizin nimmt an den qualitätssichernden Maßnahmen des Berufsverbandes „Medizinische Genetik e.V.“ teil.