

**Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik**

**Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster -
Abteilung für Medizinische Genetik**



**Tel. 0251 83-55424
Fax: 0251 83-55393**

	Anzahl		
Einsendeset Molekulargenetik (Päckchen inkl. EDTA-Röhrchen, Kanüle, Anforderungsschein, Aufklärung)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	
Einsendeset Chromosomenanalyse (Päckchen inkl. Li-Heparin-Röhrchen, Kanüle, Anforderungsschein, Aufklärung)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	
Einsendeset Urologie/Andrologie (Päckchen inkl. Li-Heparin- und EDTA-Röhrchen, Kanüle, spezieller Anforderungsschein, Aufklärung)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	
Anforderungsschein Postnatale Diagnostik Molekulargenetik (inkl. Gen-Panels), Array- und Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Anforderungsschein Pränatale Diagnostik	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Anforderungsschein erbl. Brust-/Eierstockkrebs (BRCA)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Anforderungsschein erbl. Darmkrebs (HNPCC)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Patienteninformation „Genetische Beratung“	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50
Patienteninformation „Genetische Analysen“	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 50

Bitte faxen Sie dieses Formular an die

0251 - 83 55393

oder legen Sie es Ihrer nächsten Untersuchungsanforderung bei.

Wir bearbeiten Ihre Anfrage gerne!

Ihre Adresse / Ihr Stempel