

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik

Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: [info@praxisverbund-humangenetik.de](mailto:info@praxisverbund-humangenetik.de)

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955

Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

Einsender (Stempel und Unterschrift des Arztes)

## Kostenübernahmeerklärung pränatale molekulare Karyotypisierung (Array-CGH)

Ich wünsche eine Array-CGH-Analyse an kindlicher DNA und beauftrage das Zytogenetische Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik GmbH mit der Durchführung und Begutachtung.

Die Kosten dieser Untersuchung in Höhe von **1.277,92 €** werde ich selbst tragen.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_  
bzw. bei Minderjährigen des/der Sorgeberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Leistung von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_  
bzw. bei Minderjährigen des/der Sorgeberechtigten