

Patientinformation

(udfyld elektronisk eller brug patientlabel med strekkode)

Patientnavn:

CPR-nr.

Dato:

Rekvirerende afdeling

(Navn)

Fortolkende afdeling

(Navn)

Indikationer

(sæt kun 1 kryds)

Mistanke om non-syndromisk hørenedsættelse

Mistanke om syndromisk hørenedsættelse

Udfyldes af rekvirerende læge

Prøvemateriale

1. prøve

Blod(EDTA)

Andet*

Prøve id:

Evt. konc (ng/ μ L)

Prøvetager init.

2. prøve

(til verifikation)

Blod(EDTA)

Andet*

Prøve id:

Evt. konc (ng/ μ L)

Prøvetager init.

*kun efter forudgående aftale med WGS faciliteten

Familieprøve

Forælder (til proband)

Andet (til proband)

Proband CPR nr.:

Proband CPR nr.:

Bemærkninger

Udfyldes af prøvetager/oprensede laboratorie

