

Auftragsformular zur postnatalen Chromosomendiagnostik

Universitätsspital Basel
Zytogenetik, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 36 20, Fax +41 61 265 36 21
<https://www.unispital-basel.ch/medizinische-genetik/>

Auftragsformular zur postnatalen Chromosomendiagnostik

Patientin/Etikette:

Name/Vorname _____ Adresse _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____

Einsender:

Name _____
Adresse _____
Tel/Fax _____
HIN-secured E-Mail _____

Befundkopie:

Name _____
Adresse _____
Tel/Fax _____
HIN-secured E-Mail _____

Rechnungsstellung: erfolgt direkt an die Krankenversicherung (oder das Zuweiserspital bei stationären Patienten. Falls eine Rechnungsstellung nur und direkt an die Patientin oder den Patienten gewünscht ist, bitte hier ankreuzen:

Eingesandtes Material: Venenblut Hautbiopsie DNA NR Anderes

Entnahmedatum: _____

Klinische Angaben/Indikation:

Besonderheiten in der Familienanamnese: z.B. rezidivierende Aborte, Totgeburten, angeborene Fehlbildungen

Konsanguinität: ja nein Ethnizität _____

Chromosomenuntersuchung:

chromosomaler Microarray (EDTA Blut*)

Analysebeginn: sofort nach Zustellung der Kostengutsprache zunächst nur asservieren

Mikroskopische

Chromosomenuntersuchung (Heparin Blut*)

FISH (bitte Locus angeben) (Heparin Blut*)

Vorläufiger Schnelltest (Chromosomen 21, 13, 18)

*Säuglinge je 1-2 ml, jüngere Kinder 2-3 ml,
ältere Kinder und Erwachsene 5-10 ml
Keine Gel- oder Kügelchenröhrchen
verwenden!

Telefonische Befundmitteilung an Arzt: ja Tel.Nr.: _____

Unterschrift des auftraggebenden Arztes: _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt der auftraggebende Arzt die gesetzlich geforderte genetische Beratung durchgeführt oder veranlasst zu haben.
Näheres zu den Untersuchungsoptionen findet sich in unseren Informationsblättern (URL s.o.).

Für postnatale Analysen wird das Einverständnis benötigt.