

Universitätsspital Basel  
Medizinische Genetik, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel  
Telefon +41 61 265 36 20, Fax +41 61 265 36 21  
www.unispital-basel.ch/medizinische-genetik

## Postnatale Chromosomenuntersuchung

	Patient(in):	Auftraggebender Arzt:	ggfls. betreuender Arzt:
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ, Ort			
Telefon			
geb. am			

**Untersuchungsmaterial:** (bitte Entnahmehinweise beachten\*)

<input type="checkbox"/>	Venenblut
<input type="checkbox"/>	Hautfibroblasten
<input type="checkbox"/>	anderes:

(bitte ankreuzen)

Entnahmedatum:

**Besonderheiten in der Familienanamnese:** (z.B. rezidivierende Aborte, Totgeburten, angeborene Fehlbildungen, Stoffwechselstörungen o. ä. bei nahen Verwandten)

**Indikation bzw. klinische Befunde:** (bitte möglichst detaillierte Angaben, um ggfls. spezielle Techniken anwenden zu können)

**! Analysebeginn**    **sofort**    **nach Zustellung der Kostengutsprache**    **zunächst nur asservieren**

Gewünschte Untersuchung	Erforderliches Material
<input type="checkbox"/> Hochauflösende Chromosomenanalyse (arrayCGH)	3 - 5 ml EDTA Vollblut
<input type="checkbox"/> Konventionelle (mikroskopische) Chromosomenanalyse	3 - 10 ml <b>Vollblut mit Heparin</b> (z.B. Li-Heparin LH Monovette Sarstedt). Monovetten mit Kügelchen funktionieren schlecht!
<input type="checkbox"/> FISH	

(bitte ankreuzen; Näheres zu den Untersuchungsoptionen findet sich in den Informationblättern)

**Unterschrift des/der Arztes/Aerztin:**

**Labor-Nr:**

*Mit seiner Unterschrift bestätigt der auftraggebende Arzt die gesetzlich geforderte genetische Beratung durchgeführt oder veranlasst zu haben (s.a. GUMG unter <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2004/5483.pdf>).*