

Auftragsformular zur pränatalen Diagnostik

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/>

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 _____

Eingesandtes Material: Chorionzotten Fruchtwasser Fetales Blut Anderes _____
SSW: _____ **Eingriffsdatum:** _____

Klinische Angaben/Indikation:

G/P: _____ Ultraschall oder andere: (bitte detaillieren und gerne US-Befund beilegen)
Mehrlinge: _____
ETT-Risiko: _____
NT: _____ mm P> _____
NIPT: ja _____
nein _____

Familienanamnese:

Konsanguinität _____ Ethnie Patientin/Partner _____ Geburtsjahr Partner: _____

Chromosomenuntersuchung:

Schnelltest

chromosomaler Microarray

lichtmikroskopische Chromosomenuntersuchung

(bei Nachweis einer Aneuploidie im Schnelltest wird in der Regel auf eine Microarrayuntersuchung verzichtet und der Befund mikroskopisch bestätigt)

Molekulargenetische Untersuchungen:

Mutationsnachweis Gen _____ Mutationen _____
(Vorbefunde Familie bitte beilegen)

Genpanel _____
(nur in Absprache mit Laborleitung)

Weitere Fruchtwasseruntersuchungen:

(Weiterleitung an Labormedizin Universitätsspital Basel)

AFP-Bestimmung

Virus-PCR (bitte Virus angeben) _____

Telefonische Befundmitteilung an Arzt: ja an Patientin*: ja (*nur bei unauffälligen Befunden mit niedrigem Ausgangsrisiko)

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 pränatale Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten benötigt.

