

Auftragsformular zur postnatalen Chromosomendiagnostik

Patientin/Etikette:

Name/Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Telefon

Einsender:

Name

Befundkopie:

Name

Adresse

Adresse

Tel/Fax

Tel/Fax

E-Mail

E-Mail

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 Auftrag gebende 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.

