

Postnatale Genetische Untersuchung

KILM-GENETIK-FM

gültig ab: 10/2015

AB 8374 / Version 04

Seite 1 von 1

Patientin/Patient:

Name:
Geb. Dat.:
Geschlecht:
Adresse:
AZ / MAC:
Bitte unbedingt Patientenetikette verwenden!

Zuweisende Stelle: (Klinikstempel)

Telefon:

(Beides bitte unbedingt ausfüllen)

Gebührenklasse: Allgemein
 Sonderklasse

anfordernde Kostenstelle (Stempel/Etikett)

Material:

Datum der Entnahme:

Heparinblut EDTA-Blut Sonstiges:

Untersuchungsauftrag:

- Chromosomenanalyse (**Heparinblut**)
 FISH-Analyse (**Heparinblut**) auf:
 ARRAY-CGH (**EDTA-Blut**, bitte möglichst inkl. Blut der Eltern)
 Molekulargenetische Untersuchung (**EDTA-Blut**) auf:
 DNA Asservierung (**EDTA-Blut**)

Angabe zum/zur Patienten/in:

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

- Geistige Retardierung Minderwuchs
 Statomotorische Retardierung Hochwuchs

Weitere Angaben (z.B. Symptome, Fehlbildungen, Stammbaum):

Einverständniserklärung (gesetzlich erforderlich):

Einverständniserklärung liegt bei

.....
Name d. anfordernden Arztes/Ärztin (bitte in Druckschrift)

.....
Unterschrift d. Arztes/Ärztin

**BITTE UM RASCHE WEITERLEITUNG DES FRISCHMATERIALS AN LEITSTELLE 6Q,
Genetisches Labor!**