

Pränatale Genetische Untersuchung

KILM-GENETIK-FM

gültig ab: 10/2015

AB 8375 / Version 05

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:

- Fruchtwasser Chorion/Plazentazotten
 Nabelschnurblut (**Heparin + EDTA-Blut**)
 Abortgewebe (**in steriler physiolog. NaCl**)
 Sonstiges:

Untersuchungsauftrag:

- Chromosomenanalyse
 FISH-Schnelltest FISH-Analyse auf:
 ARRAY-CGH
 Molekulargenetische Untersuchung auf:
 DNA Asservierung

Klinische Angaben/Indikation:

1. Tag der letzten Periode: SSW (rechn.): SSW (US):
Vorangegangene Schwangerschaften: Abortus: Kranke Kinder: Gesunde Kinder:
Erbkrankheiten in der Familie:

Geschlechtmitteilung erwünscht: ja nein

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!**