

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Karlstraße 33 - 89073 Ulm
Tel. 0731 - 850 77 30
Fax 0731 - 850 77 33 3

info@humangenetik-ulm.de
www.humangenetik-ulm.de

Kostenloser Probestransport: Telefon 07121 - 578131

Anforderungsbogen **Postnatale Chromosomendiagnostik**

Labor-Nr.

vom Labor auszufüllen

Einsender Wir bitten um Zusendung von Entnahme- und Versandmaterial

Klinik / Station Praxis / Arzt

Adresse / Stempel

Kostenträger

ambulant

Laborschein Nr. 10 bitte beilegen

Privat, GOÄ, Rechnung an Patient/in

stationär

Rechnung an Einsender / Klinik

Privat, GOÄ, Rechnung an Patient/in

Untersuchungsmaterial

Heparin-Blut für Chromosomenanalyse

EDTA-Blut nur für Spezialfragen, s.u.

Abortgewebe

Wangenschleimhautabstrich

Sonstiges

Befundkopie an:

weiteren Arzt, Patienten-Einwilligung liegt vor

Entnahme: Datum Uhrzeit Menge

Weitere Angaben zum Patienten / zur Patientin

männlich weiblich ethnische Herkunft

falls SS, bitte SSW:

Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? ja nein

Ergebnis:

Anamnese / Diagnose

Eigenanamnese / klinische Symptomatik:

Familienanamnese / Stammbaum:

Angeforderte Untersuchung

Chromosomenanalyse (Standard)

QFISH 13,18,21,X,Y (ggf. Mosaikabklärung)

FISH Telomere

FISH (whole chromosome painting)

MLPA (**CAVE:** EDTA-Blut erforderlich)

QFPCR (**CAVE:** EDTA-Blut erforderlich)

Array-CGH (**CAVE:** EDTA-Blut erforderlich)

Sonstige:

Einverständniserklärung zur genetischen Analyse gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse länger als die vom GenDG vorgesehenen 10 Jahre aufbewahrt werden. ja nein

Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung für evtl. zukünftige Untersuchungen unbefristet aufbewahrt wird. ja nein

Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung anonymisiert für Qualitätskontrollen verwendet werden darf. ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person