

Patientendaten:

Einsender:

## Untersuchungsanforderung Gynäkologie/Reproduktionsmedizin

Indikation: \_\_\_\_\_ SSW: \_\_\_\_\_

**Material:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser (10-20ml) (F)     | <input type="checkbox"/> Heparinblut (5ml) (H) |
| <input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie (1g) (Ch) | <input type="checkbox"/> Serum (5ml) (S)       |
| <input type="checkbox"/> Abortmaterial (3-5g) (A)       | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (5ml) (E)   |
|   | <input type="checkbox"/> Citrat-Blut (5ml) (C) |

**Pränataldiagnostik:**

- Chromosomenanalyse\* (F) (Ch)  
 Interphase-FISH\* (F) (Ch)  
(für Chromosom 13, 18, 21, X und Y)

**Proteindiagnostik:**

- ACHE (S)  
 AFP (S)  
 PAPP-A\* (S)  
 Triple-Test\* (S)

**Postnataldiagnostik:**

- Chromosomenanalyse\* (H)
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Subtelomerscreening* (H) |
| <input type="checkbox"/> Array-CGH* (E)           |

**Diagnostik habitueller Aborte:**

- Chromosomenanalyse des Abortes\* (A)  
 Chromosomenanalyse beider Partner\* (H)  
 Ploidiebestimmung (DNA-Zytometrie) (A)

**Immunologie:**

- Immunstatus (E)  
 Histokompatibilitätsantigene (E)  
 Antiphospholipid-Ak (C)

**Thrombophiliediagnostik (koagulometrisch):**

- Protein C (C)  
 Protein S (C)  
 APC-Resistenz (C)

**Thrombophiliediagnostik (molekulargenetisch):**

- Faktor II\* (E)  
 Faktor V\* (E)  
 MTHFR\* (E)  
 PAI I\* (E)

\* Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz wird benötigt

Sonstiges:

Entnahmedatum/Uhrzeit:

Unterschrift: