



Einsender:

Patientendaten:

Rechnung: Überweisungsschein (Nr. 10) privat stationär ambulant

Untersuchungsanforderung Postnatale Diagnostik

Postnatale genetische Diagnostik:

Mikroskopische Chromosomenanalyse

Array-CGH-Analyse

FISH für spezifische Chromosomenregion:

bitte angeben: _____

DNA-Analyse

Bitte zu untersuchendes Gen/Gene angeben:

Indikation / Diagnose:

Entwicklungsverzögerung

Dysmorphie/Fehlbildungen

Wachstumsretardierung

Fehlgeburtneigung

Infertilität

Eigene genetische Erkrankung (diagnostische Untersuchung)

Familiäre genetische Erkrankung (prädiktive Untersuchung)

Gen/Mutation: _____

Aktuelle Schwangerschaft: _____ . Woche

Klinische Angaben

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)
- für Chromosomen-/FISH-Analyse: 3 mL Heparin-Blut
- für DNA-Analyse: 5 mL EDTA-Blut