



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:

* Durchführung der Array-CGH-Analyse in Kooperationslabor

Indikation / Diagnose:

- Entwicklungsverzögerung
- Dysmorphie/Fehlbildungen
- Wachstumsretardierung
- Fehlgeburtsneigung
- 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