

# Auftrag zur postnatalen Array-CGH Untersuchung

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

07/2018

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Geschlecht:

weiblich

männlich

## Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

GKV-Patient/-in ► bitte Ü-Scheine 6 und 10 beilegen

Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.)

Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.)

GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik

GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

## MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3189779**

## Eingangsdatum:

B-Nr.:

G-Nr.:

## UNTERSUCHUNGSauftrag

Differentialdiagnostik

prädiktiv / Heterozygotendiagnostik

**Array-CGH (5-10 ml EDTA-Blut)**

**Hinweis: Vor** der Durchführung der Array-CGH als Regelleistung nach EBM-Ziffer 11508 muss ein konstitutioneller Karyotyp vorliegen (**bitte unbedingt Karyotyp Befund mitschicken!**)

sonst:

2-5 ml Heparin-Blut (möglichst Ammonium/NH<sub>4</sub>-Heparin) und Auftrag für Chromosomenanalyse schicken

## Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!

### Verdachtsdiagnose:

Geistige Retardierung:

ja

nein

Kleinwuchs:

ja

nein

Statomotorische Retardierung:

ja

nein

Hochwuchs:

ja

nein

Mikrozephalie:

ja

nein

Fehlbildungen:

ja

nein

wenn ja, welche:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen:

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt (siehe Einwilligungsförmular).**