

Auftrag zur humangenetischen Diagnostik

07/20

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

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Kostenträger:

- GKV-Patient/-in** ▶ **bitte Ü-Schein 10 beilegen**
Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anford. Arztes (EBM Kap. 11)
- 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: Ca. 10 ml Heparin-Blut

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

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184089****G-Nr.:** _____**UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)****Material**

- peripheres Vollblut (Heparin)
- leukämisches Blut (Heparin)
- Knochenmark (Heparin)
- DNA
- Hautgewebe
- Fibroblastenkultur
- Fruchtwasser
- Amnionzellen
- Chorionzotten

Verdachtsdiagnose

- Fanconi-Anämie
- Ataxia telangiectasia ★
- Nijmegen-Breakage-Syndrom ★
- zelluläre Radiosensitivität ★

- klinisch gesichert
- differentialdiagnostisch
- Ausschluss
- prädiktiv
- Pränataldiagnostik

★ **Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!**

Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!

Geburtsgewicht: _____

Postnataler Minderwuchs: ja neinMikrocephalie: ja neinOhrfehlbildungen: ja neinAngeborene Herzfehler: ja neinGeistige Retardierung: ja neinInfertilität: ja neinPigmentstörungen der Haut: ja neinMikrophthalmie: ja neinRadialstrahlanomalien: ja neinNierenanomalien: ja neinGenitalfehlbildungen: ja neinLeukämie / Malignome: ja nein

Andere Fehlbildungen: _____

Hämatologische Veränderungen: _____

Knochenmarkbefund: _____

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

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name (bitte in Druckschrift) und _____

Unterschrift des verantwortlichen Arztes _____

Stempel des verantwortlichen Arztes _____

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten vorliegt (siehe Seite 1).