

# Auftrag zur postnatalen zytogenetischen Untersuchung

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

04/2024

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

## Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

GKV-Patient/-in ► bitte Ü-Schein 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 Büttingen e.V.

**MATERIAL:** 2-5 ml Heparin-Blut (möglichst Ammonium/NH<sub>4</sub>-Heparin) für Chromosomenanalysen. Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden. Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen. Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184080**

Eingangsdatum:

B-Nr.:

G-Nr.:

## UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Chromosomenanalyse

aus peripherem Vollblut

aus Nabelschnurblut

aus Fibroblasten

FISH-Analyse (ChrX/Y)

an Mundschleimhaut

Differentialdiagnostik

prädiktiv / Heterozygotendiagnostik

Sonstige Analysen:

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

**Bei unauffälligem Karyotyp gewünscht:**

ja  nein

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

### Verdachtsdiagnose:

Geistige Retardierung:  ja  nein

Statomotorische Retardierung:  ja  nein

Mikrozephalie:  ja  nein

Fehlbildungen:  ja  nein

wenn ja, welche:

Kleinwuchs:  ja  nein

Hochwuchs:  ja  nein

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

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

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Stempel des verantwortlichen Arztes

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten vorliegt.**