

# Auftrag zur postnatalen zytogenetischen Untersuchung

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

03/2025

## 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 Büdingen 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)

☐ Differentialdiagnostik

☐ prädiktiv / Heterozygoten-  
diagnostik

### Chromosomenanalyse

- ☐ aus peripherem Vollblut  
☐ aus Nabelschnurblut  
☐ aus Fibroblasten

### FISH-Analyse

des Chromosoms/Lokus: \_\_\_\_\_

- ☐ an peripherem Blut  
☐ an Mundschleimhaut

### Sonstige Analysen

- ☐ Array-CGH bei unauffälligem Karyotyp gewünscht  
(5-10ml EDTA-Blut benötigt!)

## 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.**