

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!): <input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in ► bitte Ü-Schein 10 beilegen <input type="checkbox"/> Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.) <input type="checkbox"/> Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.) <input type="checkbox"/> GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V.
MATERIAL: 2-5 ml Heparin-Blut (möglichst Ammonium/NH ₄ -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.: _____
UNTERSUCHUNGS AUFTRAG (bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Differentialdiagnostik <input type="checkbox"/> prädiktiv / Heterozygoten-diagnostik
Chromosomenanalyse <input type="checkbox"/> aus peripherem Vollblut <input type="checkbox"/> aus Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> aus Fibroblasten	FISH-Analyse des Chromosoms/Lokus: _____ <input type="checkbox"/> an peripherem Blut <input type="checkbox"/> an Mundschleimhaut	Sonstige Analysen <input type="checkbox"/> Array-CGH bei unauffälligem Karyotyp gewünscht (5-10ml EDTA-Blut benötigt!)
Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!		
Verdachtsdiagnose:		
Geistige Retardierung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kleinwuchs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Statomotorische Retardierung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hochwuchs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mikrozephalie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fehlbildungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
wenn ja, welche:		
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 <u>Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten</u> vorliegt.		