

# Auftrag zur pränatalen zytogenetischen Untersuchung

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

04/2024

## 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:** 10-20 ml Fruchtwasser,

Chorionzotten, Abortgewebe, (in **Transportmedium** nach Rücksprache; Tel: **0931 / 3184083**)

Bitte Material steril entnehmen, eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken und bei Raumtemperatur versenden!

## UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Eingangsdatum:

A-Nr.:

G-Nr.:

### Chromosomenanalyse an

- Fruchtwasser  
 Chorionzotten\*  
 Abortgewebe\*

### Pränataler Schnelltest

- Chr.13,18,21,X,Y  
mittels STR-Test

### Spezialuntersuchungen - Molekulare Zytogenetik

- DiGeorge-Syndrom  
 sonstige FISH:  
 Array CGH §  
nach Rücksprache

§ bitte EDTA-Blutproben (5-10 ml)  
der Eltern mitschicken

### Sonstiges

- AFP-Bestimmung#  
 ACHE-Bestimmung#  
 DNA aus Kultur  
asservieren&

# wird als Unterauftrag vergeben  
& falls Chromosomen-Befund  
unauffällig; Patientin muss  
entsprechendes Kreuz auf  
Einwilligungsbogen setzen

\* bitte 2ml EDTA-Blut der Patientin z.A.  
mütterlicher Kontamination mitschicken

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

SSW (rechn.)..... SSW (US)..... 1. Tag der letzten Periode:.....

Mehrlingsgravidität  monochoorial  monoamnial

Gravida..... Para..... Aborte..... Infertilitätsbehandlung: ja  nein

Anlass der Untersuchung (bitte detaillierte Angaben):

- Alter der Patientin  auffälliges Ersttrimesterscreening  NT-Erhöhung: .....mm  
 sonstige ultrasonographische Auffälligkeiten:

sonstige Gründe:

Bemerkungen:

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

Befund auch als Fax an Einsender (Fax-Nr.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 vorliegt!**