

Auftrag zur postnatalen zytogenetischen Untersuchung

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

09/2025

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/NH₄-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 / Heterozygotendia-
gnostik

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.