

Auftrag zur pränatalen zytogenetischen Untersuchung

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

09/2025

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 ☐ monochorial ☐ 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!