

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich
 männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)

.....

.....

.....

.....



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231 · 95 72-0
Fax: 0231 · 57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Probenmaterial

Datum/Uhrzeit

Blut/Vollblut

Citrat-Plasma [CP]

EDTA-Blut [E]

EDTA-Plasma [EP]

NaF-Blut [Na]

Serum [S]

Urin [U]

Morgenurin [UM]

sonst. Material/Anmerk.

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patienten/in

Anforderungsschein Pränataldiagnostik: Zytogenetische / Molekularzytogenetische (FISH-) Analysen

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-6512

Version 9/2018

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit): Komplikationen:

- Fruchtwasser
- Chorionzottenbiopsat
- Lithiumheparin-Nabelschnurblut
- Abortgewebe

Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

SSW nach Ultraschall: Einlingsschwangerschaft

errechnete SSW: Mehrlingsschwangerschaft

Gravida: Para:

Totgeburten, Kinder mit Behinderungen/Erkrankungen*:

Familienanamnese*:

Indikation für Diagnostik (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

- erhöhtes mütterliches Alter
- auffälliger Ultraschallbefund
- auffälliges Ersttrimesterscreening*
- auffälliger Triple-Test*
- psychische Belastung*:
- balancierte Chromosomenaberration eines Elternteils*
- vorherige Schwangerschaft mit Chromosomenaberration/Fehlbildung*
- wiederholte Fehlgeburten / Totgeburten
- V. a. monogen bedingte Erkrankung*
- Sonstiges:

Gewünschte Untersuchungen

- Chromosomenanalyse
- AFP im Fruchtwasser
- ACHE im Fruchtwasser
- Sonstiges:
- pränatale FISH-Diagnostik (Chromosomen 13, 18, 21, X, Y)
- spezielle Interphasen/Metaphasen-FISH, V.a.:
- pränatale molekulargenetische Diagnostik, V.a.:

Einverständniserklärung Patient/in (Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.labmed.de.)

Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
Ich willige in die genannte genetische Diagnostik ein.

.....

Ort, Datum Unterschrift **Patient/in** bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten. Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

.....

Ort, Datum Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**