

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich
 männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund – Genetik

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

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

genetik@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.

Fax

Mail

Probenmaterial

Datum/Uhrzeit

EDTA-Blut
 Lithium-Heparinat
 DNA
 Schleimhautabstrich
 Fruchtwasser
 Chorionzotten
 Nabelschnurblut
 Sonstiges Material:

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patient/-in

Anforderungsschein Postnataldiagnostik: Zytogenetische / Molekularzytogenetische (FISH-) Analysen

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-6512

Version 3/2020

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit):

Material für zytogenetische Untersuchungen (konventionelle Chromosomenanalyse und FISH):

- Lithiumheparin-Blut (5-10 ml; Neugeborene 2-3 ml)
- Zellsuspension
- Mundschleimhautabstrich (nur FISH)
- Lithiumheparin-Nabelschnurblut
- Abortgewebe

Material für molekulargenetische Untersuchungen (Array, MLPA, qPCR):

- EDTA-Blut: > 2 ml
- DNA

Klinische Angaben / Anamnese (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

Diagnose / Verdacht auf:

Klinische Symptomatik*

Familienanamnese*

Gewünschte Untersuchungen

- konventionelle Chromosomenanalyse
- FISH-Diagnostik bei V.a.:

Sonstige Untersuchungen

- DNA Array-Analyse (für ambulante GKV-Patienten erst nach konventioneller Chromosomenanalyse, ggf. bitte oben mit anfordern)
- molekulargenetische Diagnostik bei V.a.:
- Mikrodeletions-Untersuchung mittels MLPA oder qPCR bei 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 und bin einverstanden, dass Probe und erhobene Daten anonymisiert für die Qualitätssicherung verwendet werden. Insbesondere bei der Array-Analyse können evtl. Zusatzbefunde erhoben werden, die nicht mit der o.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen. Diese möchte ich erfahren (keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet):

- Nein
- Ja
- Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift Patient/in bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in

Name/Stempel und Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt