

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 Pränataldiagnostik: Zytogenetische / Molekularzytogenetische (FISH-) Analysen

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-6512

Version 3/2020

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit):

- Fruchtwasser
- Chorionzottenbiopsat
- Lithiumheparin-Nabelschnurblut
- mütterliches EDTA-Blut (zum Kontaminationsausschluss)
- Abortgewebe

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

SSW nach Ultraschall: Einlingsschwangerschaft

errechnete SSW: Mehrlingsschwangerschaft

Gravida: Para: Konzeption: spontan IVF/ICSI

Totgeburten, Kinder mit Behinderungen/Erkrankungen*:

Familienanamnese*:

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

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

Gewünschte Untersuchungen (** bitte spezifizieren)

- konventionelle Chromosomenanalyse
- pränatale FISH-Diagnostik (Chromosomen 13, 18, 21, X, Y)
- AFP im Fruchtwasser
- spezielle Interphasen/Metaphasen-FISH**
- ACHE im Fruchtwasser
- molekulargenetische Diagnostik**
- Array-Analyse (nur privat/Selbstzahlerleistung)
- Sonstiges:

Einverständniserklärung der Patientin (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