

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft MVZ · Dr. Eberhard & Partner Dortmund

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]

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patienten/in

sonst. Material/Anmerk.

Anforderungsschein Postnataldiagnostik: Zytogenetische / Molekularzytogenetische (FISH-) Analysen

Rücksprachen bitte unter Tel: 0231 9572-6512

Version 11/2018

Probenmaterial

Probenentnahme (Datum/Uhrzeit):

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

Material für molekulargenetische Untersuchungen:

- EDTA-Blut: > 2 ml oder DNA

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

Diagnose / Verdacht auf:

Klinische Symptomatik*

Familienanamnese*

Gewünschte Untersuchungen (* Alle kommerziell verfügbaren FISH-Sonden und MLPA-Kits sind vorhanden.)

- konventionelle Chromosomenanalyse
FISH-Diagnostik* (insbesondere Mikrodeletions-Syndrome) bei V.a.:
Subtelomer-Screen mittels FISH

Sonstige Untersuchungen

- DNA Array-Analyse (für GKV-Patienten erst nach konventioneller Chromosomenanalyse, ggf. bitte oben mit anfordern)
molekulargenetische Diagnostik bei V.a.:
Mikrodeletions-Untersuchung mittels MLPA * bei V. a.:
Subtelomer-Screen mittels MLPA

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