



Institut für Humangenetik und MVZ UKMD

Prof. Dr. med. Martin Zenker, Dr. med. Ina Schanze
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Telefon: 0391/67-15062
Fax: 0391/67-15066
<http://www.med.uni-magdeburg.de/ihg>

Barcode - bitte Feld nicht beschreiben

Auftrag zur zytogenetischen Untersuchung

⇒ **bitte Einwilligung nach GenDG beilegen!**

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	Einsender (ggf. Stempel)
Name:	Name:
Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	Tel.-Nr:
männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (ggf. ____SSW)	
Kostenträger	Untersuchungszweck
<input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in > bitte Ü-Schein für Labor (Muster 10) beilegen	<input type="checkbox"/> differentialdiagnostisch
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> prädiktiv / Heterozygotendiagnostik
<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus	<input type="checkbox"/> pränatal
Probenmaterial	
Entnahmedatum:	Uhrzeit der Entnahme:
<i>Diagnostik aus Lymphozyten:</i>	<i>Diagnostik aus Abortmaterial:</i>
<input type="checkbox"/> 4ml Heparin-Blut	<input type="checkbox"/> Chorionzotten in steriler Kochsalzlösung
<input type="checkbox"/> 1-2ml Heparinblut (Kleinkinder)	<input type="checkbox"/> fetales Material in steriler Kochsalzlösung
<input type="checkbox"/> Hautbiopsie in steriler Kochsalzlösung	<i>Pränatale Diagnostik:</i>
<input type="checkbox"/> Fibroblastenkultur	<input type="checkbox"/> 16-20ml Fruchtwasser für Chromosomenanalyse
<i>Weitere Aufträge:</i>	<input type="checkbox"/> 5ml Fruchtwasser für Pränatalen Schnelltest
<input type="checkbox"/> Hautbiopsie zur Anlage einer Fibroblastenkultur	<input type="checkbox"/> klar/gelb <input type="checkbox"/> altblutig <input type="checkbox"/> frischblutig
Indikation/Fragestellung	Art der gewünschten Untersuchung
	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse
	<input type="checkbox"/> FISH (ggf. auf Zusatzbogen spezifizieren)
Versandhinweise	
<p>Heparinblut, Hautbiopsien und Abortmaterial in steriler Kochsalzlösung bis zum Absenden bitte im Kühlschrank aufbewahren.</p> <p>Normaler Postversand bei Heparinblut am Wochenanfang.</p> <p>Material in Kochsalzlösung schnellstmöglich, ggf. per Kurier, an das Institut für Humangenetik, Haus 1, Universitätsklinikum schicken. (PKW-Einfahrt nur über den Fermersleber Weg möglich.)</p>	

Name des Patienten:

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen ☒)

- Fluoreszenz in-situ Hybridisierung (FISH)**
- 1p36-Mikrodeletion
 - Wolf-Hirschhorn-Syndrom (Deletion 4p16.3)
 - Katzenschrei-Syndrom (CDC) (Deletion 5p15.2)
 - Williams-Beuren-Syndrom (WBS), Mikrodeletion 7q11.2
 - Smith-Magenis-Syndrom, Mikrodeletion 17p11.2
 - Lissencephalie Typ I, Miller-Dieker-Syndrom, Mikrodeletion 17p13.3
 - Phelan-McDermid-Syndrom, Mikrodeletion 22q13
 - DiGeorge-Syndrom, Monosomie 22q11.2
 - Leri-Weill-Syndrom, SHOX-Deletion in Xp22.3 bzw. Yp11.3
 - Subtelomere, komplett
 - Subtelomere, nur Chromosom Nr.

- Sonstige Anforderungen**
(bitte spezifizieren)
-
 -
 -

Klinische und anamnestische Angaben und ggf. zytogenetische Vorbefunde:

Postnatale Untersuchungen

Fehlbildungen / Dysmorphiezeichen:

Psychomotorische Entwicklung:

Schwangerschafts-, Geburts- und Familienanamnese:

Pränatale Untersuchungen bzw. Aborte

Schwangerschaftswoche:

- Einling Zwillinge

Fehlbildungen / Auffälligkeiten:

Vorangegangene Aborte: Totgeburten: Geburten:

Ggf. bitte Ultraschallbefund beilegen