

MVZ UKMD gGmbH

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

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:	
<u>Postnatale Untersuchungen</u> Fehlbildungen / Dysmorphiezeichen: Psychomotorische Entwicklung: Schwangerschafts-, Geburts- und Familienanamnese: <u>Pränatale Untersuchungen bzw. Aborte</u> Schwangerschaftswoche: ☐ Einling ☐ Zwillinge Fehlbildungen / Auffälligkeiten: Vorangegangene Aborte: Totgeburten: Geburten: Ggf. bitte Ultraschallbefund beilegen	