

Formblatt
**Anforderung für postnatale
genetische Untersuchungen**



Patientendaten

Name:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ und Ort:

Tel.: FAX (für Befundmitteilung):

Anfordernde Klinik/Station/Arzt:

Tel.: FAX (für Befundmitteilung):

Untersuchungsmaterial: Blut Hautbiopsie sonstiges:

Abnahmedatum:

Einverständniserklärung vorhanden:

Gewünschte Untersuchung:

Chromosomenanalyse¹

hochauflösende Chromosomenanalyse¹

FISH¹ (bitte spezif.):

DNA² Asservierung

DNA-Proben-Rücksendung (Standard 10µg)

Array-Analyse

Exom

molekulargenetisch² (bitte spezif.):

Sonstiges

Familienanamnese:

Auffällige Befunde:

Klinische (Verdachts-) Diagnose:

Datum:

Unterschrift/Stempel (Ärztin/Arzt):

¹Für Chromosomenanalyse (Bänderung und FISH-Analysen): 2 ml **unzentrifugiertes** Heparin-Blut (bei Neugeborenen und Kleinkindern sind auch geringere Mengen möglich, bitte Rücksprache.)

²Für DNA-Analyse: 5-10 ml EDTA-Blut

(bei Neugeborenen und Kleinkindern sind auch geringere Mengen möglich, bitte Rücksprache.)

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

Institut für Humangenetik

Direktor
Univ.-Prof. Dr. T. Meitinger
Sekretariat
Iris Weisenstein

Trogerstr. 32
81675 München

Tel: (089) 41 40-6381
Fax: (089) 41 40-6382

Genetische Beratungsstelle

PD Dr. J. Höfele 4140-6386
Dr. S. Andres 4140-6383
Dr. H. Seidel 4140-6384
Dr. C. Siegel 4140-6380

Leitung Zytogenetisches Labor
Dr. S. Langer-Freitag 4140-6385