

Formblatt
**Anforderung für pränatale
genetische Untersuchungen**



Patientendaten

Name:
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ und Ort:
Tel.: FAX (für Befundmitteilung):

Betreuende/r Frauenärztin/arzt:

Name:
Straße:
PLZ und Ort:
Tel.: FAX (für Befundmitteilung):

Schwangerschaftswoche: SSW

Schwangerschaftsverlauf:

Einling Mehrling
unauffällig auffällig mit:

Indikation:

erhöhtes Alter der Mutter
auffälliger Ultraschall-Befund mit:
auffälliges Ersttrimesterscreening; Risiko:
Auffälligkeiten in vorangegangener SS:
genetische Erkrankungen in der Familie:
andere Indikation (z.B. psychisch):

Vorausgegangene Schwangerschaften:

Anzahl: Fehlgeburten: Schwangerschaftskomplikationen:

Untersuchungsmaterial:

Chorionzotten Plazenta Fruchtwasser Nabelschnurblut Abort

Gewünschte Untersuchung:

Chromosomenanalyse
AFP im FW
FISH-Schnelltest (Chrom. 13, 18, 21, X,Y)/Abrechnung als IGEL-Leistung
FISH-Schnelltest/Abrechnung über Einsender (medizinische Indikation)
molekulargenetische Diagnostik (humangenetische Beratung obligat)
Array-Analyse (Abort)
Sonstige (z. B spez. FISH-Sonden):

Geschlechtsmitteilung: gewünscht nicht gewünscht

Ergebnismitteilung: an Einsender an Patientin an Gynäkologe/in

Datum Unterschrift und Stempel (Ärztin/Arzt)

**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