

Auftrag zur zytogenetischen Diagnostik

Patient/in

.....
Nachname Vorname
.....
geb. weiblich männlich
.....
Straße
.....
PLZ Ort

Einsendender Arzt

Stempel

.....
Name des Arztes (bitte Druckbuchstaben)
.....
Datum Unterschrift

Eine unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten/Ratsuchenden gemäß GenDG liegt anbei.

Untersuchungsmaterial¹

Bitte *Beschriftung* mit Name/Geburtsdatum!

- Heparin-Blut
 Sonstiges (Abortgewebe, Hautbiopsie)

Entnahmedatum:

Kostenübernahme

- Ambulant, Überweisungsschein Muster 10 beiliegend
 Stationär (UKE-intern: Soarian-Anforderung)
 Privat² Rechnung an: Arzt Patient

¹ siehe unten

² Bitte übersenden Sie uns die **Kostenübernahmebestätigung** des Kostenträgers, die **Rechnungsadresse** sowie den ausgefüllten **Vertrag über die Inanspruchnahme ambulanter privatärztlicher Leistungen**. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir diese Unterlagen vor Analysestart benötigen. Kostenvoranschläge können unter 040-7410-55536 tel. angefordert werden.

Erkrankung/ Fragestellung

.....
.....

Gibt es hierzu genetische Vorbefunde?

- Ja. *Bitte beilegen!* Nein.

Anforderung

- Chromosomenanalyse Chromosomenbrüchigkeitsanalyse (nach Rücksprache)

Molekularzytogenetik (FISH)

- Mikrodeletion 22q11.2-Syndrom Prader-Willi-/Angelman-Syndrom Williams-Beuren-Syndrom
 Wolf-Hirschhorn-Syndrom Cri-du-Chat-Syndrom sonstige (nach Rücksprache)

¹ WICHTIGE INFORMATION zur Entnahme und zum Versand der Proben

Versand des Untersuchungsmaterials an uns bitte ausschließlich

- beschriftet (Name/Geburtsdatum)
- ungekühlt
- direkt nach der Entnahme

Empfohlene Mengen und Handhabung:

Heparin-Blut: (Li- oder NH₄-Monovette sofort nach der Entnahme mehrmals schwenken). Erwachsene: 2,7 – 10 ml. Säuglinge/Kleinkinder: mindestens 1ml. Bei Chromosomenbrüchigkeitsanalyse mindestens 3 ml.

Gewebeprobe: ca. 0,5 – 1,0 cm³ steril in Transportmedium (HAM's F10, 10% FCS und Antibiotikazusatz; TM bei uns erhältlich), alternativ in steriler physiologischer Kochsalzlösung.