



Auftrag zur pränatalen zytogenetischen Diagnostik

Patientendaten	Name, Vorname der Patientin			Einsender	Einsendende Einrichtung/Krankenhaus		
	Geburtsdatum	Versicherungsnr.			Abteilung		
	Straße				Straße		
	PLZ	Ort	Land		PLZ	Ort	Land

Grav.	Weitere Angaben:		Vorangegangene Geburten:	
	SS-Woche (US): +		Fehlgeburten:	
	SS-Woche (rechn.): +			

Probe	<input type="radio"/> Chorionzottengewebe	<input type="radio"/> Abortgewebe
	<input type="radio"/> Fruchtwasser: ml	Verfärbung:
	<input type="radio"/> Anderes Material:	
	Probenentnahme am:	

Indikation/Untersuchung	Gewünschte zytogenetische Abklärung:	<input type="radio"/> Chromosomenanalyse und ggf. FISH	
		<input type="radio"/> Array-CGH	
		<input type="radio"/> Molekulargenetische Analyse	
	Indikation:	
	<input type="radio"/> Down-Syndrom in der Familie:		
	<input type="radio"/> freie Trisomie 21	<input type="radio"/> Translokationstrisomie 21	<input type="radio"/> nicht bekannt
	<input type="radio"/> Chromosomenanomalie in der Familie:		
	<input type="radio"/> Ultraschall- bzw. biochem. Auffälligkeiten:		

Anforderung	Abrechnung:	<input type="radio"/> anfordernde Klinik		
		<input type="radio"/> Krankenkasse (Überweisungsschein)		
		<input type="radio"/> privat		
	Einverständniserklärung:	<input type="radio"/> beim überweisenden Arzt	<input type="radio"/> liegt bei	
	Ergebnismitteilung:	Geschlechtsangabe erwünscht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
	<input type="radio"/> Zusätzliche Mitteilung an die Patientin			
	<input type="radio"/> Zus. Befundmitteilung per Fax. Fax-Nr.:			
	Datum	Unterschrift des Arztes	Name in BLOCKBUCHSTABEN	Telefon
Eine Untersuchung kann nur mit Indikationsangabe, Patientendaten und Unterschrift des Arztes erfolgen!				