

Auftrag zur postnatalen Array-CGH Untersuchung

Institut für Klinische Genetik und Genommedizin, UKW, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

03/2025

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Geschlecht: weiblich männlich

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

Gesetzlich

- stationär
 OPS 1-942
 OPS 1-944

Privat

- ambulant
 stationär

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsticher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184065**

Eingangsdatum:

B-Nr.:

G-Nr.:

UNTERSUCHUNGSauftrag

Differentialdiagnostik

prädiktiv / Heterozygotendiagnostik

Array-CGH (5-10 ml EDTA-Blut)

Hinweis: Vor der Durchführung der Array-CGH als Regelleistung nach EBM-Ziffer 11508 muss ein konstitutioneller Karyotyp vorliegen (**bitte unbedingt Karyotyp-Befund mitschicken!**)

andernfalls:

2-5 ml Heparin-Blut (möglichst Ammonium/NH₄-Heparin) und Auftrag für Chromosomenanalyse mitschicken!

Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!

Verdachtsdiagnose:

Geistige Retardierung: ja nein

Kleinwuchs: ja nein

Statomotorische Retardierung: ja nein

Hochwuchs: ja nein

Mikrozephalie: ja nein

Fehlbildungen: ja nein

wenn ja, welche:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen:

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel