

Auftrag zur postnatalen zytogenetischen Untersuchung

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

03/2025

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geb.

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

Gesetzlich

- stationär
 OPS 1-942
 OPS 1-944

Privat

- ambulant
 stationär

MATERIAL: 2-5 ml **Heparin-Blut** (möglichst **Ammonium/NH₄-Heparin**) für Chromosomenanalysen. Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden. Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen. Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184065**

Eingangsdatum:

B-Nr.:

G-Nr.:

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

- Chromosomenanalyse
- aus peripherem Vollblut
 aus Nabelschnurblut
 aus Fibroblasten

- FISH-Analyse (ChrX/Y)
- an Mundschleimhaut

Differentialdiagnostik

prädiktiv / Heterozygotendiagnostik

Sonstige Analysen:

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

Bei unauffälligem Karyotyp gewünscht:

ja nein

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 (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Stempel des verantwortlichen Arztes