

Auftrag zur pränatalen zytogenetischen Untersuchung

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

05/2025

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geb.

Kostenträger:

Gesetzlich

- stationär
 OPS 1-942
 OPS 1-944

Privat

- ambulant
 stationär

MATERIAL: 10-20 ml Fruchtwasser,

Chorionzotten, Abortgewebe, (in **Transportmedium** nach Rücksprache; Tel: **0931 / 3184065**)

Bitte Material steril entnehmen, eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken und bei Raumtemperatur versenden!

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG (bitte ankreuzen)

Eingangsdatum:

A-Nr.:

G-Nr.:

Chromosomenanalyse an

- Fruchtwasser
 Chorionzotten*
 Abortgewebe*

Pränataler Schnelltest

- Chr.13,18,21,X,Y
mittels STR-Test

Spezialuntersuchungen - Molekulare Zytogenetik

- DiGeorge-Syndrom
 sonstige FISH:
 Array CGH §
nach Rücksprache

Sonstiges

- AFP-Bestimmung#
 ACHE-Bestimmung#
 DNA aus Kultur
asservieren&

* bitte 2ml EDTA-Blut der Patientin z.A.
mütterlicher Kontamination mitschicken

§ bitte EDTA-Blutproben (5-10 ml)
der Eltern mitschicken

wird als Unterauftrag vergeben
& falls Chromosomen-Befund
unauffällig; Patientin muss
entsprechendes Kreuz auf
Einwilligungsbogen setzen

Angaben zum Patienten – Bitte sorgfältig ausfüllen oder Befunde beifügen!

SSW (rechn.)..... SSW (US)..... 1. Tag der letzten Periode:.....

Mehrlingsgravidität monochorial monoamniot

Gravida..... Para..... Aborte..... Infertilitätsbehandlung: ja nein

Anlass der Untersuchung (bitte detaillierte Angaben):

- Alter der Patientin auffälliges Ersttrimesterscreening NT-Erhöhung:mm
 sonstige ultrasonographische Auffälligkeiten:

sonstige Gründe:

Bemerkungen:

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Befund auch als Fax an Einsender (Fax-Nr.): _____

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Stempel des verantwortlichen Arztes