

Auftrag zur pränatalen genetischen Untersuchung (inkl. Gutachten)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versichertennummer	Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum				

Versand an:

Ruhr-Universität
Humangenetik
Dr. W.M. Gerding
MA5/135
Universitätsstr. 150
44801 Bochum
Tel. 0234-3225600
Fax: 0234-3214196

Absender:

.....
.....
.....
.....

Material:	Entnahme am: ___ . ___ . 201___	um ___ h ___ min
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser:	FW-Menge: ___ ml	diaplazentar: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	FW-Farbe: <input type="checkbox"/> normal/gelb	<input type="checkbox"/> blutig <input type="checkbox"/> altblutig
<input type="checkbox"/> Chorionzotten		
<input type="checkbox"/> Nabelschnurblut (Li-Heparin)		<input type="checkbox"/> Abortmaterial
Angaben zur Patientin / zur Schwangerschaft:		
Schwangerschaftswoche lt. Ultraschall: ___ + ___	rechnerisch: ___ + ___	
kindl. Geschlecht lt. Ultraschall:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt
Mehrlingsschwangerschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gravida: ___ Para: ___	Aborte: ___ Totgeburten: ___	
Erkrankungen vor/ während der Schwangerschaft: _____		
Indikation:		
<input type="checkbox"/> maternales Alter <input type="checkbox"/> auffälliges Ersttrimester-Screening <input type="checkbox"/> nach IVF/ICSI/PID		
<input type="checkbox"/> anderes (z.B. fam. genetische Erkrankungen): _____		
<input type="checkbox"/> auffälliger Ultraschallbefund: _____		

Untersuchungsauftrag:		
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse/ Karyotypisierung		
+ ggf. spezifische FISH-Analysen (z.B. DiGeorge-Syndrom): _____		
<input type="checkbox"/> Aneuploidie-FISH-Schnelltest (Chromosomen 13/18/21/X/Y; Selbstzahlerleistung)		
<input type="checkbox"/> andere (z.B. molekulargenetische Untersuchungen): _____		
Geschlechtsangabe gewünscht (nach der 12. SSW): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> AFP im Fruchtwasser <input type="checkbox"/> ACHE im Fruchtwasser		
Abrechnung: <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Überweisungsschein (Muster 6)		
Ort, Datum	Name & Unterschrift des einsendenden Arztes	Telefon
		/ Fax

Hinweise zu Probenentnahme/-transport:

- Versand von Fruchtwasser in der steril verschlossenen Abnahmespritze. Bei mehreren Spritzen Reihenfolge vermerken
- Versand von CVS-Material nur in Transportmedium (wird bei Bedarf von uns zur Verfügung gestellt)
- telefonische Vorankündigung bei voraussichtlicher Ankunft nach 14.00h erbeten (Tel. 0234-3225600)
- Versand Montag bis Freitag ungekühlt per Kurier am Abnahmetag, nicht einfrieren!

