



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

## Begutachtungsauftrag Postnatale Zytogenetik

inkl. Gutachten

Versand an:

Absender:

**MVZ Katholisches Klinikum  
Bochum gGmbH  
Zweigpraxis für  
Humangenetik  
Ruhr-Universität Bochum  
Gebäude MA, Ebene 5  
Universitätsstr. 150  
44801 Bochum**

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

**Blutentnahme** am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Klinische Diagnose:** .....

um: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

**Geschlecht:**  weiblich

männlich

**Familienanamnese:** .....

**Symptomatik:** .....

.....

### Ergänzende Informationen zum klinischen Bild:

**Kopf/Fazies:**

**innere Organe/Genitale:**

**Rumpf:**

**Extremitäten:**

**Sonstiges:**

Hiermit beauftrage ich das **MVZ Katholisches Klinikum Bochum gGmbH** in den ausgelagerten Räumen der Praxis für Human-genetik in der Abteilung für Humangenetik der Ruhr-Universität Bochum mit der u.g. Diagnostik (inkl. Gutachten):

**Chromosomenuntersuchung** (Karyotypisierung, Heparin-Blut)

diese Probe wird an einen akkreditierten Unterauftragnehmer weitergeleitet

**Array-Analyse** (Affymetrix CytoScanHD Array, EDTA-Blut); nach vorhergehender **Chromosomenuntersuchung**

Indikation (bitte ankreuzen):

- Isolierte Intelligenzminderung **bei einem Menschen älter als 3 Jahre**, die mindestens einem IQ kleiner 70 entspricht, – dokumentiert im Rahmen einer neuropädiatrischen/ entwicklungsneurologischen Vordiagnostik; klinisch und/oder mit standardisierten Testverfahren
- Geistige Behinderung in Kombination mit dysmorphologischen Merkmalen mit Beteiligung von 2 oder mehr Systemen
- tiefgreifende Entwicklungsstörung des Autismus-Formenkreises oder eine Fehlbildung und schwere Funktionsstörung des Gehirns, die nicht einer bekannten Ursache zuzuordnen ist
- multiple angeborene Fehlbildungen
- multiple dysmorphologische Merkmale, die zytogenetisch nicht erfassbare chromosomale Aberrationen als Ursache implizieren
- sonstige

### Bitte beachten Sie:

Das **Genodiagnostikgesetz** (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung. Ohne die umseitig unterzeichnete Einwilligungserklärung ist eine Durchführung der gewünschten Diagnostik daher grundsätzlich nicht möglich. Ein entsprechendes Informationsblatt zur schriftlichen Aufklärung der Patientin/des Patienten stellen wir auf Wunsch gerne zur Verfügung.

**Abrechnung über:**  anfordernde Klinik  Privat (bitte Rechnungsadresse angeben)  Überweisungsschein **Muster 10**

..... / .....

**Ort, Datum**      **Name und Unterschrift der/des einsendenden Ärztin/Arztes**      **Telefon**      **/ Fax**

Hinweise zur Blutrobe: Für die Array-Analyse bitte EDTA-Blut einsenden!

Für die Chromosomenanalyse bitte unbedingt Heparin-Blut einsenden!

Menge: 5ml bei Erwachsenen/älteren Kindern, 2 ml bei Neugeborenen. Versand wenn möglich am Abnahmetag.

Lagerung bis zum Versand im Kühlschrank, nicht einfrieren! Versand bevorzugt montags bis mittwochs.