



Einsender:

Patientendaten:

Rechnung:

Überweisungsschein (Nr. 10)

privat

stationär

ambulant

### Untersuchungsanforderung Postnatale Diagnostik

**Postnatale genetische Diagnostik:**

Mikroskopische Chromosomenanalyse

Array-CGH-Analyse

FISH für spezifische Chromosomenregion:

bitte angeben: \_\_\_\_\_

DNA-Analyse

Bitte zu untersuchendes Gen/Gene angeben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indikation / Diagnose:**

Entwicklungsverzögerung

Dysmorphie/Fehlbildungen

Wachstumsretardierung

Fehlgeburtneigung

Infertilität

Eigene genetische Erkrankung (diagnostische Untersuchung)

Familiäre genetische Erkrankung (prädiktive Untersuchung)

Gen/Mutation: \_\_\_\_\_

Aktuelle Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ . Woche

**Klinische Angaben**

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

**Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:**

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)
- für Chromosomen-/FISH-Analyse: 3 mL Heparin-Blut
- für DNA-Analyse: 5 mL EDTA-Blut