

Einsender:

Patientendaten:

Rechnung:

Überweisungsschein (Nr. 10)

privat

stationär

ambulant

Untersuchungsanforderung Pränatale Diagnostik

Material:

Fruchtwasser (10-20 ml)

Chorionzotten (20-50 mg)

Abortgewebe (mind. 50 mg)

fetales Gewebe

Anzahl der Feten: _____

SSW: _____

Pränatale genetische Diagnostik:

Mikroskopische Chromosomenanalyse

Mikroskopische Chromosomenanalyse und FISH-„Schnelltest“ (für Chr. 13 / 18 / 21 / X / Y)

FISH für spezifische Chromosomenregion:

bitte angeben: _____

Pränatales Exom

Telefonische Vorankündigung und Blut beider Elternteile notwendig

Indikation / Diagnose:

Erhöhtes mütterliches Alter

Auffälliges Ersttrimester-Screening

Auffälliger Ultraschallbefund

Auffälliger nicht-invasiver Pränataltest (NIPT)

Vorliegen einer chromosomalen Auffälligkeit bei einem Elternteil (z.B. balancierte Translokation)

Chromosomenaberration in früherer Schwangerschaft

Habituellem Abort, intrauteriner Fruchttod

Klinische Angaben

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)