

Untersuchungsauftrag Postnataldiagnostik

Praenatal-Medizin
und Genetik

Graf-Adolf-Straße 35
40210 Düsseldorf
Telefon 0211-38457-0
Telefax 0211-38457-33
institut@praenatal.de
www.praenatal.de



praenatal.de



(Bitte Vorder- und Rückseite vollständig und in Blockschrift ausfüllen!)

Einsender (Arztstempel)

Name des betreuenden Arztes _____

Kostenträger

- Überweisungsschein (Muster 10)
 Privatrechnung an Patient Selbstzahler (IGeL)
 Rechnung an Praxis / Klinik

Befund-Kopie:

- für Patient
 an weiteren Arzt _____

Angaben zum Patienten

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geschlecht weiblich männlich

ethnische Herkunft der Eltern _____

bestehende Schwangerschaft nein ja SSW __ __ + __

Eigenanamnese / Familienanamnese, ggf. Stammbaum:

Wurden bereits genetische Beratungen / Untersuchungen durchgeführt? nein ja, welche (evtl. Ergebnisse) _____

Ist eine genetische Beratung gewünscht? nein ja Terminvereinbarung unter: 0211-38457-0 (an verschiedenen Standorten möglich)

bitte wenden

Indikationen/Bemerkungen

Familiäre Belastung (Welche) _____

Auffälligkeiten (Welche) _____

Sterilität (Welche) _____

Abort (Wieviele) _____

Sonstiges _____

Bemerkungen:

Wird vom Labor ausgefüllt

Patienten-Nr. _____

Annahme am _____ um _____

Angaben/Proben vollständig Angaben/Proben unvollständig:

Proben nicht beschriftet _____

Rückruf bei Einsender erfolgt Mitarbeiter _____

Bemerkung:

Einverständniserklärung

Ich wünsche die Durchführung der notwendigen Untersuchung auf genetische Veränderungen bezogen auf die oben und rückseitig genannten Angaben. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Untersuchung und deren möglichen Ergebnisse / Konsequenzen aufgeklärt. Mir sind die gesundheitlichen Risiken der hierfür notwendigen Probenentnahme(n) bewusst.

Ich bin mit der Befundmitteilung an die o.g. Ärztin / den o.g. Arzt einverstanden.

ja nein

Restliches Probenmaterial darf zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der gewonnenen Ergebnisse und für eventl. weiterführende Untersuchungen aufbewahrt werden.

ja nein

Restliches Probenmaterial darf in pseudonymisierter Form zu qualitätssichernden Maßnahmen verwendet werden.

ja nein

Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.

ja nein

Ich kann jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung widerrufen bzw. die Ergebnisse bzw. Proben dieser Untersuchung vernichten lassen. Alle persönlichen Angaben und Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dürfen nicht ohne meine Erlaubnis an Dritte weitergegeben werden.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Ort / Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Untersuchungsmaterial/Gewünschte Untersuchung

Liquemin- / Heparin-Blut

Entnahmedatum _____ Uhrzeit _____

Chromosomenanalyse

FISH _____

Abortmaterial (SSW: _____)

Entnahmedatum _____ Uhrzeit _____

Chromosomenanalyse

EDTA-Blut (DNA-Diagnostik)

Entnahmedatum _____ Uhrzeit _____

array-CGH (z.B. bei ungeklärter Entwicklungsverzögerung / mentaler Retardierung)

Aneuploidie Chromosomen 13, 18, 21, X, Y (Schnelltest)

Azoospermiefaktor (AZF)

Blepharophimose Syndrom (FOXL2)

Congenital bilaterale Aplasie d. Vas deferens (CBAVD)
(ethn. Herkunft bitte angeben)

Gerinnungsfaktoren (Faktor II, Faktor V)

LEOPARD -Syndrom (PTPN11)

Methylenetetrahydrofolat-Reduktase (MTHFR) *

Mukoviszidose (ethn. Herkunft bitte angeben)

Muskeldystrophie Duchenne / Becker

Noonan Syndrom

Schwerhörigkeit (Cx26/30)

Sichelzellanämie

Weitere Untersuchungen: _____
Bitte nur nach Rücksprache (0211-38457-0)

Spinale Muskelatrophie (SMA) Typ I-III

SMA-Heterozygotentest

Thalassämie, beta-

Uniparentale Disomie (UPD)

Chromosom: _____
(bitte auch EDTA-Blut **beider** Eltern)

Skelett-Erkrankungen

Achondroplasie

Apert-Syndrom

Atelosteogenesis Typ 2 (DTDST)

Diastrophische Dysplasie

Hypochondroplasie

Multiple Epiphysäre Dysplasie Typ 4 (EDM4)*

SADDAN Skelettdysplasie

Thanatophore Dysplasie Typ 1, 2

* nicht akkreditierte Untersuchung

Hinweise zur Entnahme, Lagerung und Versand von Proben zur Postnatalen Diagnostik

Informationsmaterial, Auftragsformulare, Probengefäße und Versandmaterial gerne erhältlich unter:

> Tel.: 0211-38457-0 zwischen 7:30 und 20:00 Uhr

> Email: institut@praenatal.de

> Fax: 0211-38457-33 > Bitte unser Bestellformular nutzen!

(Bestellformular: telefonisch anfordern oder unter www.praenatal.de herunterladen)

Bei **Probenentnahme** die Probengefäße bitte jeweils mit dem Namen, Vornamen und dem Geburtsdatum der Patientin / des Patienten beschriften.

Entnahme	notwendige Proben und Einsendeunterlagen
Blutentnahme zwecks Chromosomenanalyse	ca. 3 - 5 ml Vollblut mit Heparin, bei Neugeborenen: ca. 2 ml Blut mit Heparin + Untersuchungsauftrag Postnataldiagnostik + Ü-Schein 10
Blutentnahme zwecks DNA-Analyse	ca. 3 - 5 ml Vollblut mit EDTA bei Neugeborenen: ca. 2 ml Blut mit EDTA (bei UPD-Ausschluß: zusätzlich ca. 2 - 3 ml mütterl. <u>und</u> väterl. EDTA-Blut) + Untersuchungsauftrag Postnataldiagnostik + Ü-Schein 10
Abortgewebe zwecks Chromosomenanalyse und / oder DNA-Analyse	vorsepariertes Abortgewebe (wenn möglich Zotten) in steriler Kochsalzlösung oder sterilem Transportmedium (bei uns erhältlich, Kontakt s.o.) + mind. 0,5 ml mütterl. Blut mit EDTA* + Untersuchungsauftrag Postnataldiagnostik + Ü-Schein 10

*(für ggf. notwendigen Kontaminationsausschluß)

Die **Lagerung der Proben** bis zum Versand ist zwischen ca. +4 bis +37°C möglich. Bitte nicht einfrieren, da die lebenden Zellen untersucht werden.

Der **Versand der Proben** kann per regulärer Post oder per Eilpost erfolgen. Bei sehr eiligen Proben kann unser Kurierdienst (bitte unter o.g. Telefonnummer erfragen) in Anspruch genommen werden.

Weitere Informationen auf unserer Webseite www.praenatal.de.