

Postadresse und Probenversand:

Heinrich-Düker-Weg 12
 37073 Göttingen

Kontakt:

Zytogenetik

Tel.: 0551 / 39-67595

Fax: 0551 / 39-69374

E-Mail: peter.burfeind@med.uni-goettingen.de

Vorlage Version: 1.4-1124

Untersuchungsauftrag Zytogenetik

- Postnatale Chromosomenanalyse -

Feld bitte frei lassen - Barcode

Patient*in <small>(Patient*innenaufkleber, sofern verfügbar)</small>		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname Patient*in		geb. am
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstättenr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender*in
Name Ärztin/Arzt (in Druckbuchstaben) (ggf. Stempel):
Telefonische Nachfragen unter:
Untersuchungsmaterial Bitte Beschriftung mit Namen und Geburtsdatum!
Datum Probenentnahme: _____
Heparin-Blut (ca. 5 ml)

Geschlecht: männlich (m) weiblich (w) divers (d) unbestimmt (x)
Schwangerschaft: ja nein
SSW / Letzte Regel am: _____
Ambulant (<u>Überweisungsschein Muster 10</u>) Privat (Kostenvoranschlag unter 0551 / 39 69012 anfordern) Stationär

Indikation / Fragestellung / weitere Angaben
V.a. _____ Symptomatik/Fehlbildungen: _____ _____ _____ _____ _____ _____ Familienanamnese: auffällig unauffällig

Bitte fügen Sie Kopien der Ihnen vorliegenden Arztbriefe und / oder Befunde dem Untersuchungsauftrag mit bei.

Auftrag
Chromosomenanalyse
Zusätzlich FISH Williams-Beuren-Syndrom DiGeorge-/Velocardiofaciales Syndrom (CATCH22) andere: _____

Patient*inneneinwilligung - Ohne Einwilligungserklärung darf mit der Untersuchung nicht begonnen werden!
Eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung liegt dem Untersuchungsauftrag bei (auch als Kopie möglich; Vorlage verfügbar unter: www.humangenetik-umg.de).
Eine vollständige und im Sinne des GenDG gültige Einwilligungserklärung liegt bei uns vor (überschüssiges Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichten? ja nein).

 (Datum)

 (Name Ärztin/Arzt; in Druckbuchstaben)

 (Unterschrift Ärztin/Arzt)