**Universitätsmedizin Göttingen**
**MVZ der UMG, Bereich Humangenetik**

**Postadresse und Probenversand:**
Heinrich-Düker-Weg 12
37073 Göttingen

Ausdrucke werden nicht aktualisiert!

**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

## - Pränatale Chromosomenanalyse –

Feld bitte frei lassen - Barcode

| **Patient*in** (Patient*innenaufkleber, sofern verfügbar) | | |
|---|---|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname Patient*in | geb. am | |
| Kassennr. | Versichertennr. | Status |
| Betriebsstättennr. | Arzt-Nr. | Datum |

**Einsender*in**

Name Ärztin/Arzt (in Druckbuchstaben) (ggf. Stempel):

Telefonische Nachfragen unter:

**Untersuchungsmaterial** **Bitte Beschriftung mit Namen und Geburtsdatum!**

Datum Probenentnahme: _____

☐ Fruchtwasser (ca. 10-20 ml) Menge _____ ml
☐ klar/gelb, ☐ frischblutig, ☐ altblutig

☐ Chorionzotten: Menge _____ mg

☐ Nabelschnurblut (ca. 2 ml Heparin-Blut)

SSW / Letzte Regel am: _____

**Eine pränatale Diagnostik ist für einige der aufgeführten Erkrankungen möglich. Telefonische Terminvereinbarung bei Schwangerschaft und pränataler Diagnostik erforderlich!**

☐ Ambulant (Überweisungsschein **Muster 10**) ☐ Privat (Kostenvoranschlag unter 0551 / 39 69012 anfordern)

**Indikation / Fragestellung / weitere Angaben**

☐ Alter ☐ andere _____

SSW nach Ultraschall: _____ + _____ Tage SSW (errechnet): _____ + _____ Tage

☐ Mehrlingsschwangerschaft

Vorangegangene Schwangerschaften Geburten: _____ Fehlgeburten: _____

Genetische Beratung? ☐ ja ☐ nein wenn „ja“, wo? _____

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

**Auftrag**

☐ Schnelltest (Chr. 13, 18, 21, X, Y)

☐ AFP-Bestimmung, Geschlechtsangabe erwünscht? ☐ ja ☐ nein

**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)