

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
- Pränatale 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
Betriebsstättennr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender*in
Name Ärztin/Arzt (in Druckbuchstaben) (ggf. Stempel):
Telefonische Nachfragen unter:
Untersuchungsmaterial <small>Bitte Beschriftung mit Namen und Geburtsdatum!</small>
Datum Probenentnahme: _____
Fruchtwasser (ca. 10-20 ml) Menge _____ ml klar/gelb, frischblutig, altblutig
Chorionzotten 1: Menge _____ mg
Nabelschnurblut 1: (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 ² , 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)

¹ Die Untersuchung dieser Materialien ist nicht vom Geltungsbereich der Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 umfasst.
² Diese Untersuchung ist nicht vom Geltungsbereich der Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 umfasst. Die Akkreditierung gilt ausschließlich für die in der Urkundenanlage aufgeführten Untersuchungsverfahren.
 Untersuchungsauftrag Zytogenetik - pränatal -

ID: 183441, Rev.: 003/05.2026, Stand: 08.05.2026 Seite 1 von 1