

Befundkopie an Hausarzt? ja nein

Name _____

PLZ, Ort _____

Strasse _____

Eingang: _____

Fallnr.: _____

TA: _____

Beratungsnr.: _____

Anforderung zur Postnatalen Diagnostik

(einschl. Beurteilung nach den Leitlinien des BVDH e.V.)

Anamnese – klinische Auffälligkeiten - Verdachtsdiagnosen

CYTOGENETIK / MOLEKULARE CYTOGENETIK

- Chromosomenanalyse
- Down-Syndrom
- Klinefelter-Syndrom
- Ullrich-Turner-Syndrom
- bei habituellen Aborten
- bei unerfülltem Kinderwunsch

ggf. zum Ausschluss

- Cri-du-Chat-Syndrom
- 1p36 Mikrodeletions-Syndrom
- 9q34 Mikrodeletions-Syndrom
- Miller-Dieker-Syndrom
- William-Beuren-Syndrom
- Wolf-Hirschhorn-Syndrom

Sonstiges: _____

Sonstiges:

- Weitere Untersuchungen auf Anfrage (tel. Rücksprache erbeten)
(z.B. FISH-Diagnostik an Paraffin-Gewebeschnitten)

Untersuchungsmaterial:

- Heparin-Blut (Li- oder NH₄-Heparin)
- Abortgewebe
- Weiterleitung zur Histologie? ja nein
- Fibroblasten (tel. Voranmeldung)

Untersuchung im eigenen Labor oder in Kooperation mit einem spezialisierten Fremdlabor - Name/Adresse des Fremdlabors kann erfragt werden.

MOLEKULARGENETIK

- Angelman-Syndrom
- Prader-Willi-Syndrom
- Azoospermiefaktor (Deletionen am Y-Chromosom)
- Cystische Fibrose (Mukoviszidose)
ethnische Herkunft, bitte angeben:
- Fragiles-X-Syndrom (FMR1-Gen Repeatexpansion)
- SHOX-Gen Deletionen/Duplikationen
- 22q11.2 Deletionen/Duplikationen (DiGeorge-Locus)

Thrombophilie (Stufendiagnostik)

- Faktor II (Prothrombin - G20210A)
 - Faktor V-Leiden (G1691A)
 - Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI-1)
- } Stufe 1
} Stufe 2

Array-CGH

Sonstiges: _____

Untersuchungsmaterial:

- EDTA-Blut
- Fibroblasten (tel. Voranmeldung)

Untersuchung im eigenen Labor oder in Kooperation mit einem spezialisierten Fremdlabor - Name/Adresse des Fremdlabors kann erfragt werden.

Patient/in / Gesetzl. Vertreter: Ich bin einverstanden, dass aus der von mir, von meinem Kind, von der von mir betreuten Person entnommenen Blutprobe die angeforderten cyto genetischen/molekular-cyto genetischen/molekulargenetischen Untersuchungen gemäß GenDG durchgeführt werden. -Mit zusätzlich erforderlichen Untersuchungen zur weiteren Abklärung auffälliger Befunde im Rahmen der Indikation bzw. im Zusammenhang mit der angegebenen familiären Erkrankung bin ich einverstanden. Hierzu darf das Untersuchungsmaterial oder DNA aus der Probe auch an ein Fremdlabor weitergeleitet werden. Ich bin einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial nach Anonymisierung zu Etablierungs-, Validierungs- und Kontrollzwecken verwendet werden darf. Ich bin einverstanden, dass die zur cyto genetischen/molekular-cyto genetischen Befunderstellung relevanten Objektträger vorschriftsgemäß archiviert werden. -Mit der Hinzuziehung der in der Praxis beschäftigten Biologen als Sachverständige zur Unterstützung der Fachärzte für Humangenetik, auch zur Analyse und Befundmitteilung an mich und/oder an von mir autorisierte Personen, bin ich einverstanden. -Der Widerruf dieser Einwilligung ist möglich. Die Verpflichtung zur Kostenübernahme/Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen bleibt davon unberührt.

Hannover, den _____

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter

Mir liegt die Unterschrift der Patientin zur Einwilligung aller oben genannten Punkte vor.

Unterschrift Ärztin / Arzt

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit (optional) _____

Einsender (Arztstempel)