

Praxismgemeinschaft für Medizinische Genetik Düsseldorf

Humangenetische Beratung Genetisch diagnostisches Labor

**Claudia Behrend
Dr. med. Ute Bartz
Dr. Med. Monika Maringa**

**Neusser Str. 111
40219Düsseldorf**

**Telefon: 0211/3035578
Telefax: 0211/3035579**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum				

Anforderungsschein

Material

Vollblut Abortmaterial Punktat

Sonstiges _____

Labornummer

Klinische Angaben:

Letzte Regel:

Entbindungstermin:

SSW (rechnerisch):

SSW (sonographisch):

Entnahmedatum:

weiblich

männlich

Erstbestimmung

Folgebestimmung

Tel. Durchsage/FAX

Rechnungsempfänger

Einsendender Arzt

Patient

Kasse (Ü-Schein)

Krankenhaus

Station

Indikation zur Chromosomenanalyse

- Verdacht auf chromosomale Ursache bei Aborten
- Verdacht auf chromosomale Ursache bei Sterilität
 - Samenleiterverschluß
 - OAT
 - Azoospermie
 - Z. n. Hodentumor
 - Oligo-/Amenorrhoe
 - Prämatüre Menopause
 - Z. n. 2 x IVF ohne Fertilisierung
 - Z. n. stark eingeschränkter Fertilisierungsrate bei IVF
- Bekannte familiäre Chromosomenaberrationen: _____
- Sonstige Fragestellung
- Sonstiges bitte spezifizieren: _____

Klinische Diagnose und Symptome des Patienten: _____

FISH

Molekularzytogenetische Untersuchung (FISH)
bei folgender Fragestellung: _____

Molekulargenetische Untersuchung

Diagnostik bei folgender Fragestellung: _____

Datum: _____ **Einsender:** _____

Blut entnommen für

**Chromosomenanalyse
Molekulargenetik**

**ja/nein
ja/nein**

Unterschrift Arzt

**Bei Selbstzahlern bitte für Rechnungserstellung von PatientIn
hier unterschreiben lassen:**

Unterschrift PatientIn