

**Praxisgemeinschaft 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

Fruchtwasser Chorionzotten Labornummer
 Nabelschnurblut Sonstiges _____

Klinische Angaben:

Letzte Regel:	Entbindungstermin:	SSW (rechnerisch):	SSW (sonographisch):	Entnahmedatum:
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Erstbestimmung	<input type="checkbox"/> Folgebestimmung	<input type="checkbox"/> Tel. Durchsage/FAX

Rechnungsempfänger

Einsendender Arzt Patient Kasse (Ü-Schein) Krankenhaus Station

Pränatal

Indikation zur Chromosomenanalyse

- Altersindikation (bei AZ)
- Verdacht auf Chromosomopathie bei auffälligem Ultraschallbefund
- Verdacht auf Chromosomopathie bei auffälliger Biochemie
- Bekannte familiäre Chromosomenaberrationen: _____
- Verdacht auf geistige Retardierung mit fragilem X-Chromosom (Martin-Bell-Syndrom)
- Sonstige Fragestellung
- Sonstiges bitte spezifizieren: _____
- GESCHLECHTSANGABE ERWÜNSCHT
 - JA
 - NEIN

Einsendender Arzt: Name:
Strasse:
PLZ/Ort

Klinische Diagnose und Symptome des Patienten: _____

Sonstige anamnestische Auffälligkeiten: _____

Einsendedatum: _____ **Unterschrift des Einsenders:** _____

(Bei Selbstzahlern bitte für Rechnungserstellung vom Patienten unterschreiben lassen) **Unterschrift Patient:** _____