

**Praxis für Medizinische  
Genetik Düsseldorf**  
Humangenetische Beratung Genetisch diagnostisches Labor

Claudia Behrend  
Fachärztin für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe - Medizinische Genetik

Volmerswerther Str. 86  
40221 Düsseldorf

Telefon: 0211/3035578  
Telefax: 0211/3035579

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Material

Fruchtwasser

Labornummer

**Anforderungsschein**

**Klinische Angaben:**

Letzte Regel:

Entbindungstermin:

SSW (rechnerisch):

SSW (sonografisch):

Entnahmedatum:

weiblich

Erstbestimmung

Folgebestimmung

Tel. Durchsage/FAX

Rechnungsempfänger

Einsendender Arzt

Patient

Kasse (Ü-Schein)

Krankenhaus

Station

# FISH

**Indikation zur FISH-Diagnostik**

- Altersindikation (bei AZ)
- Verdacht auf Chromosomopathie bei auffälligem Ultraschallbefund
- Verdacht auf Chromosomopathie bei auffälliger Biochemie
- Bekannte familiäre Chromosomenaberrationen: \_\_\_\_\_
- Sonstige Fragestellung bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnose und Symptome des Patienten:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sonstige anamnestische Auffälligkeiten:** \_\_\_\_\_

**Einsenddatum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des Einsenders:** \_\_\_\_\_

Bei Selbstzahlern bitte für Rechnungserstellung von Patientin  
hier unterschreiben lassen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin

(wird vom Labor ausgefüllt)

**Färbungen:** G Q C Mosaik DAPI spez. Sonde \_\_\_\_\_

**Befund** \_\_\_\_\_ **Befunddatum:** \_\_\_\_\_

**PCR-Versand an:**