

**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

Anforderungsschein

Material

<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Chorionzotten	Labornummer
<input type="checkbox"/> Nabelschnurblut	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Einsendender Arzt	<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Kasse (Ü-Schein)	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 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)
- Sonstiges bitte spezifizieren: _____
- GESCHLECHTSANGABE ERWÜNSCHT
 - JA NEIN

Einsendender Arzt: _____

Klinische Diagnose und Symptome des Patienten: _____

Sonstige anamnestische Auffälligkeiten: _____

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

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

(wird vom Labor ausgefüllt)

Anzahl Kulturen: _____

Färbungen: G Q C Mosaik DAPI spez. Sonde _____

Befund Zytogenetik: _____ **Befunddatum:** _____

Versand an: _____