

# Anforderung für postnatale genetische Untersuchungen



Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Tel.
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Ethnische Herkunft	
Adresse	

Mutter	Vater
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Adresse	Adresse
<input type="checkbox"/> Bestehende Schwangerschaft SSW:	

Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München  
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Humangenetik  
der TU München

Univ.-Prof. Dr. J. Winkelmann  
Direktorin

Sekretariat: Iris Weisenstein  
sekretariat.ihg@mri.tum.de  
Trogerstraße 32 / III.OG  
D-81675 München  
Tel: 089 4140-6381  
Fax: 089 4140-6382

Alle Formulare finden Sie unter:  
www.mri.tum.de/humangenetik

Öffnungszeiten: Mo-Do: 9:00-17:00  
Fr: 9:00-16:00

**Molekulargenetik**  
Dr. M. Wagner - 9889

**Zytogenetisches Labor**  
Dr. S. Langer-Freitag - 6390

Anfordernde Klinik/Station/Arzt			
Name			
Adresse		Tel:	Fax:

Einwilligungserklärung		
<input type="checkbox"/> GenDG	<input type="checkbox"/> Genomweite Sequenzierung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Untersuchungsmaterial	Abnahme	Eingang (Labor)
<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> DNA aus <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Datum, Zeit	Datum, Zeit

Untersuchung (bitte Hinweise zum Untersuchungsmaterial beachten)	
Exom-Sequenzierung <sup>1</sup> (bitte spezifizieren)	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Duo <input type="checkbox"/> Trio <input type="checkbox"/> Quattro	<input type="checkbox"/> Hochauflösende Chromosomenanalyse <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Sanger-Sequenzierung <sup>1</sup> (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren)
<input type="checkbox"/> DNA-Asservierung <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Reanalyse Exom
<input type="checkbox"/> DNA-Proben-Rücksendung (Standard 2 µg)	<input type="checkbox"/> Array-Analyse <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/> FISH <sup>2</sup> (bitte spezifizieren)	
<sup>1</sup> für DNA-Analysen: Ein Röhrchen 2,0-7,5 ml EDTA-Blut (< 2 ml, bitte Rücksprache) oder 3 µg DNA (mit Angabe zum genutzten Elutionspuffer) <sup>2</sup> für Chromosomenanalysen: 2 ml unzentrifugiertes Heparin-Blut <b>Hinweise zum Probentransport:</b> Blut und DNA kann ungekühlt transportiert werden. Eingefrorenes Material muss in gefrorenem Zustand verschickt werden und darf nicht auftauen.	

Befundbericht
englisch <input type="checkbox"/>

Abrechnung
<input type="checkbox"/> Rechnung an Klinik
<input type="checkbox"/> Ü10 (nur Zytogenetik, Sanger)
<input type="checkbox"/> Selektivvertrag (s. Formular)
<input type="checkbox"/> Andere (bitte Rücksprache)

<b>Familienanamnese, Stammbaum:</b>
<b>Relevante Befunde:</b> *Ergebnisse Voruntersuchungen bitte beilegen
<b>Klinische (Verdachts-) Diagnose(n):</b>

Datum

Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt