

# Anforderung für postnatale genetische Untersuchungen

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Tel.
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Ethnische Herkunft	
Krankenversicherung (Versichertennummer)	

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

**TUM Universitätsklinikum**  
**Klinikum rechts der Isar**  
**Technische Universität München**

Anstalt des öffentlichen Rechts

**Institut für Humangenetik**

**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

Anfordernde Klinik/Station/Arzt/Ärztin (Druckbuchstaben)			
Name	Adresse	Tel:	Fax:

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

**Öffnungszeiten:** Mo-Fr: 7:30-17:00

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

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

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

Untersuchungsmaterial	Entnahme	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"/> Single <input type="checkbox"/> Duo <input type="checkbox"/> Trio <input type="checkbox"/> Quattro	Genom-Sequenzierung <sup>1</sup> (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Duo <input type="checkbox"/> Trio <input type="checkbox"/> Quattro
<input type="checkbox"/> Sanger-Sequenzierung <sup>1</sup> (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/> FISH* <sup>2</sup> (bitte spezifizieren)
<input type="checkbox"/> DNA-Asservierung <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Array-Analyse* <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> DNA-Proben-Rücksendung (Standard 2 µg)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren)
<input type="checkbox"/> Reanalyse Exom- o. Genomdaten	
<sup>1</sup> für DNA-Analysen: Ein Röhrchen 2,0-7,5 ml <b>EDTA-Blut</b> (< 2 ml, bitte Rücksprache) oder 3 µg <b>DNA</b> (mit Angabe zum genutzten Elutionspuffer) <sup>2</sup> für Chromosomenanalysen: 2 ml <b>unzentrifugiertes Heparin-Blut</b> <b>Hinweise zum Präanalytik</b> entnehmen Sie bitte: <a href="https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/leistungsspektrum">https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/leistungsspektrum</a> * Untersuchung <b>außerhalb</b> des akkreditierten Bereichs nach DIN EN ISO 15189; tagesaktuelle Liste der Analysemethoden ist hier zu finden: <a href="https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/qualitaetsmanagement">https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/qualitaetsmanagement</a>	

Befundbericht
<b>englisch</b> <input type="checkbox"/>

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

<b>Relevante Befunde:</b>	<b>Familienanamnese:</b>
---------------------------	--------------------------

<b>Indikation/Fragestellung:</b> (Arztbriefe, Befunde bitte beilegen)
---

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift/Stempel   Ärztin/Arzt