Formblatt

Anforderung für genetische Untersuchungen pränatal/Aborte

Patientin	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Tel.
Adresse	
Ethnische Herkunft	

Anfordernde/r Arzt/Ärztin (Druckbuchstaben)
Name
Adresse
Tel.
FAX

BITTE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ BEILEGEN.

Informationen zur aktuellen Schwangerschaft	Vorangegangene Schwangerschaften
Dauer: ……. SSW ☐ Einling ☐ Mehrling ( )	Anzahl: …… Fehlgeburten: ……..

TUM Universitätsklinikum

Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München

Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Humangenetik

Univ.-Prof. Dr. J. Winkelmann
Direktorin

Sekretariat:
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:
https://www.humangenetik.mri.tum.de

Zytogenetisches Labor
Dr. S. Langer-Freitag - 6390

Öffnungszeiten: Mo-Fr: 7:30-15:30

Entnahme Untersuchungsmaterial
Datum, Zeit

Eingang Labor		
Datum, Zeit, Mitarbeiter	Interne Labor-ID	Ansatzdatum

Untersuchungsmaterial Pränatal			Abort	
☐ Fruchtwasser	☐ Chorionzotten	☐ Plazenta	☐ Curettement	☐ fetales Gewebe
☐ Nabelschnurblut	☐ Sonstiges: ……		☐ Nabelschnur	☐ Sonstiges:……
……			……	

Indikation Pränatal		Abort		
☐ mütterliches Alter	☐ auffälliges Ersttrimesterscreening	☐ Abort	SSW:	
☐ sonographische Auffälligkeiten		☐ IUFT	SSW:	
☐ Z. n. Schwangerschaft mit Chromosomenstörung/Fehlbildung		☐ Abbruch	SSW:	☐ Fetozid
☐ genetische Erkrankung in der Familie: ……..		☐ Ultraschall-Auffälligkeit: ……		
……		……		
……		……		
……		……		
……		……		

Angeforderte Untersuchung	
	☐ Chromosomenanalyse (Karyogramm)
☐ FISH-Schnelltest (13,18, 21, X, Y) als IGeL (Vertrag beifügen)	☐ Array-Analyse [2]
☐ FISH-Schnelltest, Abrechnung über Einsender (med. Indikation)	☐ Sanger-Sequenzierung [3]
☐ Pränatales Exom [1]	☐ DNA-Isolation
☐ Sonstiges:……	

[1] Leistung Fremdlabor [2] Untersuchung außerhalb des akkreditierten Bereichs nach DIN EN ISO 15189

[3] Teile der Untersuchung (Kontaminationsausschluss) befinden sich außerhalb des akkreditierten Bereichs nach DIN EN ISO 15189

…….. ……
Datum Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt