

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.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>

Öffnungszeiten: Mo-Fr: 7:30-17:00



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

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

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 ¹ (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Duo <input type="checkbox"/> Trio <input type="checkbox"/> Quattro	Genom-Sequenzierung ¹ (bitte spezifizieren) <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Duo <input type="checkbox"/> Trio <input type="checkbox"/> Quattro
<input type="checkbox"/> Sanger-Sequenzierung ¹ (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/> FISH* ² (bitte spezifizieren)
<input type="checkbox"/> DNA-Proben-Rücksendung (Standard 2 µg)	<input type="checkbox"/> Sonstiges* (nur nach Rücksprache)
<input type="checkbox"/> Reanalyse Exom- o. Genomdaten	
¹ 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) ² für Chromosomenanalysen: 2 ml unzentrifugiertes Heparin-Blut Hinweise zur Präanalytik entnehmen Sie bitte: https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/leistungsspektrum * Untersuchung außerhalb des akkreditierten Bereichs nach DIN EN ISO 15189; tagesaktuelle Liste der Analysemethoden ist hier zu finden: https://www.humangenetik.mri.tum.de/de/qualitaetsmanagement	

Befundbericht
englisch <input type="checkbox"/>

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

Relevante Befunde:	Familienanamnese:
---------------------------	--------------------------

Indikation/Fragestellung: (Arztbriefe, Befunde bitte beilegen)

.....
 Datum

.....
 Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt