




Beleg-Nr.

Auftrags-Nr.

Entnahme-Datum:	Patientendaten	Kostenträger
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> schwanger SSW: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Privatpatient (Adresse angeben!) <input type="checkbox"/> Eilfall
Uhrzeit:		Beleg-Nr.
 <input type="text"/>		00000 35060 Bei Bestellung angeben!
einges. Material	Auftrags-Nr.	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Klinische Angaben

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Adressen-Aufkleber oder Eindruck
 mit Patienten-Chipkarte

Name:

Straße:

Ort:

Station:

Ihre Identifikation:

Unterschrift:

Anforderungsblatt 6: Chromosomenanalyse: Pränatal-Diagnostik (Fruchtwasser)

Markierungen bitte so  anstreichen!

Angeforderte Untersuchung

- < > Chromosomenanalyse
- < > zusätzlicher Fruchtwasser-Schnelltest (beachten!)
- < > Trisomie 21
- < > Trisomie 18
- < > Trisomie 13
- < > X/Y
- < > kombiniert (21/18/13/XY)
- < > AFP im Fruchtwasser
- < > ACHE im Fruchtwasser
- < > _____

Untersuchungsmaterial

- < > Fruchtwasser*
- < > Choriongewebe*
- < > Nabelschnurblut (ca. 2-3 ml; heparinisiert)*
- < > Abortmaterial*
- < > peripheres Venenblut (ca. 5-10 ml; heparinisiert)*

Indikation

(unbedingt angeben):

Untersuchungsmaterial

(bitte stichwortartige Zusammenfassung der wichtigsten Angaben, bisherige Therapie):

Wichtige Hinweise:

- Die entnommenen Proben **nicht** kühlen! Informieren sie bitte unseren Fahrdienst (Durchwahl: 0 62 21 / 34 32-120) wegen eines **sofortigen** Probentransports. Bitte unbedingt ausschließlich die vorgesehenen Versandbeutel (gelbes Zytogenetik-Etikett) verwenden! Proben gegen Stoß und Auslaufen sichern!
- Bitte bei den mit * versehenen Untersuchungen die vorbereiteten **Versandgefäße** direkt unter **Tel. 0 62 21 / 34 32-1 76** oder **Fax 0 62 21 / 34 32-1 90** anfordern.
- Bei Kassenpatienten auf Ü-Schein bitte Chromosomenanalyse"anfordern.
- Bei zytogenetischen Untersuchungen zur Postnatal-Diagnostik/Tumorzytogenetik bitte Anforderugsblatt 7 erfragen.
- Wenn Sie Fragen haben, erreichen Sie uns unter **Durchwahl: 0 62 21 / 34 32-1 76, Fax 0 62 21 / 34 32-1 90.**

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Infokarte