



Beleg-Nr.

Auftrags-Nr.

Entnahme-Datum:	Patientendaten	Kostenträger
<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Privatpatient (Adresse angeben!)
<input type="checkbox"/> schwanger	SSW: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eilfall
Uhrzeit:	einges. Material	Beleg-Nr.
<input type="text"/>	Auftrags-Nr.	00000 35070
		Bei Bestellung angeben!
	Klinische Angaben	

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____ Station: _____

Ihre Identifikation: _____ Unterschrift: _____

Anforderungsblatt 7: Chromosomenanalyse: Postnatal-Diagnostik, Tumorgenetik

Markierungen bitte so anstreichen!

Angeforderte Untersuchung:

- < > Chromosomenanalyse
- < > Mikrodeletionen mittels FISH² (Material s. o.)
(zusätzlich zur Chromosomenanalyse)
- < > Miller-Dieker < > Prader-Willi
- < > Cri-du-chat < > Angelmann
- < > Wolf-Hirschhorn < > Kallmann
- < > DiGeorge, < > Steroidsulfatase (STS)
- < > VCFS (CATCH 22) < > TDF / SRY-Gen
- < > Williams-Beuren < > Retinoblastom (RB 1)
- < > Smith-Magenis
- < > FISH² mit Chromosomen spezifischen
"painting" Proben (Material s. o.)

Material

- < > peripheres Venenblut ¹
(5-10 ml Vollblut; heparinisiert)
- < > Neugeborenenblut ¹
(2-3 ml Vollblut; heparinisiert)
- < > Hautgewebe/Fibroblastenkultur ¹
(steril in Transportmedium)

- < > FISH² mit Chromosomen spezifischen Telomer Proben
(Material s. o.)
- < > fragiles-X-Syndrom < > EDTA-Vollblut (ca. 10 ml)
(molekulargenetisch)
- < > Sonstiges _____

Indikation (unbedingt angeben):

Tumorgenetische Nachweise: (z. B. Philadelphia-Chromosom)

- < > Chromosomenanalyse < > Knochenmarkaspirat ¹
(ca. 1-2 ml; heparinisiert in
Medium)
- < > peripheres Venenblut ¹
(5-10 ml; heparinisiert)
- < > CML-Verlaufskontrolle (bcr/abl) (Material s. o.) mittels FISH ²
- < > Blasenkarzinom-Nachw./Verlaufskontrolle
mittels FISH ² < > Urin 50 ml
- < > HER-2/neu
Genamplifikation
- < > Gewebeschnitt nach
Rücksprache)

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

¹ Die geeigneten Probenröhrchen bitte direkt unter der Durchwahl 0 62 21 / 34 32-176 anfordern ² Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung

Wichtige Hinweise:

- Die entnommenen Proben **nicht** kühlen! Informieren sie bitte unseren Fahrdienst (Durchwahl: 0 62 21 / 34 32-120) wegen eines **sofortigen** Proben transports. Bitte unbedingt ausschließlich die vorgesehenen Versandbeutel (gelbes Zytogenetik-Etikett) verwenden!
- Bei Kassenpatienten auf Ü-Schein bitte „Chromosomenanalyse“ anfordern.
- Bei zytogenetischen Untersuchungen zur Pränatal-Diagnostik bitte Anforderungsblatt 6 erfragen.
- Fragen beantworten wir gerne unter der **Durchwahl: 0 62 21 / 34 32-1 76, Fax 0 62 21 / 34 32-1 90.**

Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____