Personenidentifikation geb. am	Privatpatient (Adresse bitte immer angeben) Sammelrechnung (stationärer Kassenpatient) Bitte bei ambulanten Kassenpatienten zusätzlich einen Überweisungsschein einsenden! Patienten-Daten männlich weiblich divers schwanger Zyklustag MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen eGbR MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen eGbR im Breitspiel 16 69126 Heidelberg Tel: +49 6221 3432-300 info@labor-limbach. de Fax: +49 6221 3432-310 www.labor-limbach. de Auftrags-Nr.		
Einsendernummer Station Klinische Angaben /	Material t t m m j j Entnahmedatum h h m m Entnahmezeit 24h-Sammelurin Sammelmenge (ml) Sammelzeit	Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angebe 0036 0108 04 Stand: 24.07.2024	
Anforderungsblatt 7 Chromosomenanalyse: Postnatal-Diagnostik Angeforderte Untersuchung:	Einwilligungserkläru Arztunterschrift: sie	_	
HB Chromosomenanalyse HB Mikrodeletionen mittels FISH² bitte unten auswählen: 1p36 Prader Willi / Angelman Cri-du-chat SHOX-Gen DiGeorge, VCFS (CATCH 22) Smith-Magenis DiGeorge II (10p14) Steroidsulfatase (STS) Kallmann TDF / SRY-Gen Miller-Dieker Williams-Beuren Phelan-McDermid (22q13.3) Wolf-Hirschhorn	Material: □ peripheres Venenblut ¹ (5-10 ml Vollblut; hepa □ Neugeborenenblut ¹ (2-3 ml Vollblut; hepa □ Hautgewebe / Fibroblastenkultur ¹ (steril	urinisiert) In Transportmedium)	
 ☐ FISH² mit Chromosomen-spezifischen "painting" Proben ☐ Subtelomer-FISH² (nach Rücksprache) 	Indikation: (unbedingt angeben)		
EB Molekulargenetische Untersuchungen (nur aus EB) ° EB fragiles-X-Syndrom EB Array- CGH EB Sonstiges	Anamnese: (bitte stichwortartig Zusammenfassung der wichtig	isten Angaben, bisherige Therapie)	
Wichtige Hinweise: - Die entnommenen Proben nicht kühlen! Informieren Sie bitte unseren Fahrdienst (Durchwahl: 06221 / 34 32-120) wegen eines sofortigen Probentransports. 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 anfragen. - Bei genetischen hämatoonkologischen Fragestellungen bitte Anforderungsschein Hämatoonkologie anfragen. - Fragen beantworten wir gerne unter der Rufnr.: 0 62 21 / 34 32 -176, FAX 0 62 21 / 34 32-190	Legende: 1 = Die geeigneten Probenröhrchen bitte dire Durchwahl 0 62 21 / 34 32 - 176 anforderr 2 = Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung EB = EDTA-Vollblut (ca. 5-10 ml) HB = Heparin-Blut ° = Weiterleitung		
Serum EDTA Citrat Heparin Urin	EILT EILT E	ILT	











Krankenkassen bzw. Kostenträger					
Name, Vorname des Versicherten		Einwilligung zur humangenetischen Untersuch		:hung	
	geb. am		gemäß Gendiagnostil	kgesetz ((GenDG)
Kassen-Nr. Versicherten-Nr.	Status				
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum				
Geschlecht des Patienten:					
│ □ männlich □ weiblich □] unbestimmt				
Ethnische Herkunft			Stempel		
Angeforderte genetische Untersuchung	(ggf. Gene/Indikation	on):	— Bitte das Formular volls	ändig aust	üllen! —
			□ pradiki □ vorgeb	iv / keine Syn urtlich¹	nptome
¹Auf die Risiken v	or allem bei vorgebur	tlichen invasiven Untersud	chungen wird im Zuge der Aufklärung	zum Eingriff	hingewiesen.
Ich wurde von meinem behandelnder und habe diese verstanden. Ich hatte g					□Nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Ein gegenüber meinem behandelnden <i>F</i> dokumentieren. Er wird auch dem ger	Arzt widerrufen kar	nn; dieser wird einen	mündlichen Widerruf unverzüg		□Nein
Ich bin damit einverstanden, dass der rationslabor weitergeleitet werden ka					□Nein
Ich möchte über die erhobenen Erge Nichtwissen bin ich informiert worde		chen Analysen inform	niert werden. Über mein Recht	auf □ Ja	□Nein
Ich möchte über ggf. erhobene Neben- und Zufallsbefunde informiert werden, wenn sie hinsichtlich meiner persönlichen Gesundheit und der meiner Blutsverwandten von Relevanz sind.			ner 🗆 Ja	□Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analysen auch an folgende Ärzte / Personen geschickt werden (Name & Adresse):				□Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden ohne darauf Anspruch zu erheben.			Del- ☐ Ja	□Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass erhobene Daten und Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter Form zur Qualitätssicherung dokumentiert werden.			J in ☐ Ja	□Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass m vernichtet, sondern für spätere genet abgeschlossen, übereigne ich das ver Labor zur Qualitätssicherung sowie zu	ische Untersuchung bleibende genetisc	en archiviert wird. Sin he Material in anonyn	d diese Untersuchungen vollstär	idig 🖂 👝	□ Nein
Ort, Datum		des/der Patienten/-in setzlicher Vertreter	 Unterschrift des/der verantwortlichen Arz		
				,	





Name des/der Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben