

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Adressen-Aufkleber oder  
Eindruck mit Patienten-Chipkarte

Rechnung an (bitte immer angeben)

Privatpatient (Adresse bitte immer angeben)

Sammelrechnung (stationärer Kassenpatient)

Bitte bei ambulanten Kassenpatienten nur Überweisungsschein einsenden!

MVZ Labor Dr. Limbach  
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen GbR  
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de  
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Patienten-Daten

männlich  
 weiblich  
 divers

Größe (cm)

schwanger

Gewicht (kg)

SSW Zyklusstag

Auftrags-Nr.

Einsender

Einsendernummer

Station

Proben-Daten

Material

Entnahmedatum

Entnahmezeit

24h-Sammelurin

Sammelmenge (ml) Sammelzeit


Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0108 02



Stand: 20.01.2020

Eilt

Arzt-Unterschrift

Klinische Angaben / ICD 10 Code

## Anforderungsblatt 7

### Chromosomenanalyse: Postnatal-Diagnostik, Tumorgenetik

#### Angeforderte Untersuchung:

- HB  Chromosomenanalyse
- HB  Mikrodeletionen mittels FISH<sup>2</sup> bitte unten auswählen:  
(zusätzlich zur Chromosomenanalyse)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1p36                      | <input type="checkbox"/> Prader Willi           |
| <input type="checkbox"/> Angelman                  | <input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB 1)   |
| <input type="checkbox"/> Cri-du-chat               | <input type="checkbox"/> SHOX-Gen               |
| <input type="checkbox"/> DiGeorge, VCFS (CATCH 22) | <input type="checkbox"/> Smith-Magenis          |
| <input type="checkbox"/> DiGeorge II (10p14)       | <input type="checkbox"/> Steroidsulfatase (STS) |
| <input type="checkbox"/> Kallmann                  | <input type="checkbox"/> TDF / SRY-Gen          |
| <input type="checkbox"/> Miller-Dieker             | <input type="checkbox"/> Williams-Beuren        |
| <input type="checkbox"/> Phelan-McDermid (22q13.3) | <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn        |
- FISH<sup>2</sup> mit Chromosomen-spezifischen "painting" Proben
- Subtelomer-FISH<sup>2</sup>
- Telomer-FISH<sup>2</sup>

- EB  Molekulargenetische Untersuchungen (nur aus EB)
- EB  fragiles-X-Syndrom
- EB  Sonstiges \_\_\_\_\_

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

- BCR/ABL Nachweis bei CML mittels FISH<sup>2</sup> (Material s.o.)
- BCR/ABL Nachweis bei CML mittels PCR qual./quant. nach International Scale (ca. 5 ml **frisches KM / EDTA-Vollblut**)
- Chromosomenanalyse
- Knochenmarkaspirat<sup>1</sup> (ca. 3 ml; **heparinisiert** in Medium)
- peripheres Venenblut (5-10 ml Vollblut; **heparinisiert**)
- JAK2 V617F-Punktmutation (ca. 2 ml **EDTA-Vollblut / KM** oder **Heparin**)

#### 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 erfragen.
- Fragen beantworten wir gerne unter der Durchwahl: **0 62 21 / 34 32 -176, FAX 0 62 21 / 34 32-190.**

## Einwilligungserklärung und Arztunterschrift: siehe Rückseite

#### Material:

- peripheres Venenblut<sup>1</sup> (5-10 ml Vollblut; **heparinisiert**)
- Neugeborenenblut<sup>1</sup> (2-3 ml Vollblut; **heparinisiert**)
- Hautgewebe / Fibroblastenkultur<sup>1</sup> (steril in Transportmedium)
- Wangenschleimhautabstrich (Entnahmematerial bitte anfordern)

#### Indikation:

(unbedingt angeben)

#### Anamnese:

(bitte stichwortartig Zusammenfassung der wichtigsten Angaben, bisherige Therapie)

#### Legende:

- 1 = Die geeigneten Probenröhrchen bitte direkt unter der Durchwahl **0 62 21 / 34 32 - 176 anfordern;**
- 2 = **Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung**
- EB = **EDTA-Vollblut (ca. 5-10 ml)**
- HB = **Heparin-Blut**

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Serum EDTA Citrat Heparin Urin EILT EILT EILT

Name:  Name:  Name:  Name:  Name: