Probeneinsendung an: Institut für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik Tel.: 07071-29-72305
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Olaf Rieß
Calwerstr. 7, 72076 Tübingen

Ansprechpartner: Dr. med. U. Mau-Holzmann, S.Singer

Pränatale Diagnostik aus Fruchtwasser, Chorionzotten oder Nabelschnurblut

Patientendaten (ggfs. Aufkleber) m ☐ / w ☐

Name, Vorname _____ geb. _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Auftraggebender Arzt (Stempel)

Datum, Unterschrift _____

Name des Arztes in Druckbuchstaben _____

☐ **GKV-Patient** (Labor-ÜS mit Kennziffer 32010 – Laborbudget wird nicht belastet)
☐ **Selbstzahler, ambulant/stationär**
☐ **Privatpatient**
☐ **Rechnung an Einsender / Klinik**

Labor-Nr	**Mat**
Hz / **Dat**	Interne Vermerke

Gemäß GenDG ist eine diagnostische Untersuchung nur nach Aufklärung durch die verantwortliche ärztliche Person (einsendender Arzt) möglich, welche dem untersuchenden Labor in schriftlicher Dokumentation mitgeteilt werden muss (GenDG §9).
Prädiktive Untersuchungen sind nur nach vorangegangener humangenetischer Beratung erlaubt (GenDG §10).

1. Tag der letzten Periode: ___.___._____ bzw. ET: ___.___._____

Punktionsdatum: ___.___._____ **SSW US _____+_____ SSW RE _____+_____**

☐ __ **ml Fruchtwasser** (klar gelb – altblutig – frischblutig) ☐ __ **mg Chorionzotten** ☐ __ **ml Nabelschnurblut**

Indikation(en)

☐ Erhöhtes mütterliches Alter
☐ psychische Belastung
☐ Auffälliges Ersttrimester-Screening:
  ☐ auffällige NT ____ mm
  ☐ auffällige Biochemie
☐ vorausgegangene Schwangerschaft mit Chromosomenstörung
  bitte Karyotyp angeben:
☐ Sonstiges:
☐ auffälliger Ultraschallbefund (bitte spezifizieren)

Familienanamnese / Besonderheiten, bitte ggf. mit Stammbaum auf der Rückseite
(traten in der Familie folgende Besonderheiten auf: Fehl- u./o. Totgeburten, unklar verstorbene Kinder, körperliche u./o. geistige Behinderungen?)

Ergebnisse / Befunde von Voruntersuchungen (ggfs. bitte in Kopie beilegen)

Standard-Chromosomenanalyse	
☐	**V.a. Trisomie 21**
☐	**V.a. Trisomie 13**
☐	**V.a. Trisomie 18**
☐	**V.a. Ullrich-Turner-Syndrom (45,X)**
☐	**Bekannte Chrom.-störung in Familie**
	Karyotyp:
	(bitte Befundkopie beilegen)
☐	**Sonstiges:**

Ergänzende Analysen aus Fruchtwasser	
☐	**AFP/ACHE-Bestimmung**

Pränataler Schnelltest	
☐	**IGEL-Leistung, gesonderter Auftrag!**
☐	**Dringender V.a. Tris. 21, 13, 18 o. Monosomie X**
☐	**Sonstiges:**

Molekulare Karyotypisierung	
☐	Nachweis/Ausschluss einer Mikrodeletion/-
	-duplikation mittels **Array-CGH (SNP-Array)**
	(keine EBM-Leistung, nur bei best. Voraussetzungen)
	nur nach Rücksprache

Ergänzende molekulargenetische Analyse	
☐	**Vorherige Rücksprache dringend erforderlich!**
☐	**DNA-Asservierung**