

Institut Medizinische Genetik

Direktor: Prof. Dr. med. Stefan Mundlos

Zytogenetisches Labor

Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Ansprechpartner: Dr. rer. nat. Marc Trimborn

Dr. rer. nat. Christiane Bommer

Telefon: 030/450 569 141/4

030/450 569 132 (Sekretariat)

Fax: 030/450 569 996

ANFORDERUNG EINER POSTNATALEN ZYTOGENETISCHEN DIAGNOSTIK

Einsendender Arzt: (bitte Stempel oder Druckschrift)

Kostenübernahme:

Name:

Überweisungsschein liegt bei

Klinik:

Rechnung an Krankenhaus

Straße:

Privatrechnung ambulant

Ort:

stationär

Telefon:

Angaben über den / die Patienten / in

Nachname Vorname:.....

Geburtsdatum: männlich weiblich Bei Neugeborenen bitte auch Name + Geburtsdatum der Mutter angeben

Adresse des (der) Patienten (Patientin):.....

Indikation:.....

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen)

Konventionell zytogenetische Untersuchung

- aus Lymphozyten
- aus Fibroblasten

Molekular-zytogenetische Untersuchung (FISH)

- Mikrodeletionssyndrome
 - 1p36 Mikrodeletionssyndrom
 - Angelman-Syndrom 15q11-13
 - Cri-du-Chat-Syndrom 5p15.2
 - Currarino/Holoprosencephalie mit 7q36 Haploinsuffizienz
 - DiGeorge-/ VCFS-Syndrom 22q11.2
 - Miller-Dieker-Syndrom/ Lissencephalie 17p13.3
 - NF1-Deletion 17q11.2
 - Prader-Willi-/ Angelman-Syndrom 15q11-q13
 - Kleinwuchs bei SHOX-Haploinsuffizienz
 - Smith-Magenis-Syndrom 17p11.2
 - Williams-Beuren-Syndrom 7q11.23
 - Wolff-Hirschhorn-Syndrom 4p16.3
 - Andere (nach telefonischer Rücksprache)
- Interphase-FISH zum Mosaikausschluss (nach telefonischer Rücksprache)
- Subtelomer-Screen (nach telefonischer Rücksprache)
- Andere molekular-zytogenetische Analyse (nach telefonischer Rücksprache)

Probenentnahme und Transport

2-5 ml Heparin-Blut (bei Neugeborenen 1-2 ml Heparin-Blut), bzw. Haut und andere Gewebe in sterilem Transportmedium. Eingang im Labor Montag bis Freitag, Postversand ungekühlt. Telefonische Terminvereinbarung bei Schwangerschaft und pränataler Diagnostik unbedingt erforderlich !

Einverständniserklärung des Patienten/ der Patientin/ des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Blut-/ Gewebeentnahme. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum:

Unterschrift (Patient / -in / gesetzl. Vertreter)

Bestätigung des Arztes in Abwesenheit des Patienten

Die Einwilligung des Patienten zur Blut- / Gewebeentnahme zur humangenetischen Untersuchung liegt mir vor.

Ort, Datum:

Unterschrift des einsendenden Arztes