



Patient weibl. männl.

Einsender (Stempel)

Name:

Vorname:

Geb.:

Adresse:

**Untersuchungsanforderung – Postnatale Genetik
 (Zytogenetik-FISH-Molekulargenetik)**

1. LEISTUNG

Konventionelle Zytogenetik (Heparinblut), Chromosomenanalyse

Molekulare Zytogenetik, Interphase- und Metaphasen-FISH
(Heparinblut / Objektträger mit Mundschleimhautzellen)

Mikrodeletions-Syndrom(e) Subtelomer gezielt

Welche(s).....

Molekulargenetik (EDTA-Blut), spezifische Gendiagnostik

fra-X-Syndrom **sonstige**.....

Array-CGH, EBM-Kriterien nachfolgend bitte ankreuzen:

IQ < 70 (getestet) Autismus / Fehlbildung +Störung Gehirn, schwer

MR + Dysmorphien (≥2 Systeme) Multiple kongenitale Fehlbildung

Multiple dysmorphologische Merkmale

Indexfall i.d.F. bekannt nein ja, Befunde hierzu.....

2. FRAGESTELLUNG

mentale Retardierung morphologische Auffälligkeiten

Habituelle Aborte IVF / ICSI

Syndrom.....

Diagnose

Fam. Besonderheiten.....

3. FORMALIEN

Genetische Einwilligung zur Untersuchung liegt bei

Befundmitteilung an:.....

.....

Kostenübernahme

Kasse

Privat

Stationär

Ambulant

Material

5 -10 ml Heparinblut

Objektträger mit
 Mundschleimhautzellen

2 - 5 ml EDTA-Blut

Sonstiges.....

.....

Datum

Unterschrift