



<h2 style="margin: 0;">Anforderungsschein für postnatale Chromosomen- und FISH-Analysen</h2> <p style="margin: 0;">(Heparin-Blut, Mundepithelabstriche, Gewebebiopsien)</p>		P		
		Entnahmedatum:		
		Eingangsdatum:		
<b>Patient(in)</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Einwilligung gemäß GenDG liegt bei		<b>Kostenübernahme</b>		
Name, Vorname <span style="float: right;">geb.</span>		<input type="checkbox"/> Überweisungsschein <b>10</b> liegt bei <input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus  <input type="checkbox"/> Privatrechnung: <input type="checkbox"/> ambulant <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> stationär</span>		
Straße		<input type="checkbox"/> Studie:		
PLZ <span style="float: right;">Ort</span>		<input type="checkbox"/> Beratungsnr.:		
<b>Angaben zur Klinik / Verdachtsdiagnose</b>				
<input type="checkbox"/> Down-Syndrom <input type="checkbox"/> Ullrich-Turner-Syndrom <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom <input type="checkbox"/> männl. Subfertilität <input type="checkbox"/> habituelle Aborte <input type="checkbox"/> Andere:				
Symptomatik: ..... ..... .....				
<b>Einsender</b>		<b>Einsendematerial (bitte ankreuzen)</b>		
_____ Anfordernder Arzt  _____ Telefon  _____ Ggf. Stempel u. Unterschrift		<input type="checkbox"/> 3-5 ml Heparin-Blut in Li-Heparin-Monovette (orange) Gerne senden wir Ihnen kostenfrei Monovetten zu, Anforderung unter Tel.-Nr. 09131-85-34071 oder Fax 09131-85-33232. <input type="checkbox"/> zusätzlich 2-5 ml EDTA-Blut bei ergänzenden molekulargenetischen Untersuchungen <input type="checkbox"/> Mundepithelabstrich <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Ausstrich mit Holzspatel auf Glasobjektträger, lufttrocknen, bruchsticher verpacken. <input type="checkbox"/> Hautbiopsie zur Anlage einer Fibroblastenkultur <input type="checkbox"/> Fibroblastenkultur <b>Probeneingang:</b> Montag bis Freitag (Vormittag), Postversand ungekühlt, ggf. Lagerung bei 4-8°C (Kühlschrank).		
<b>Interphasekern (I)-FISH-Analyse</b>				
<input type="checkbox"/> Trisomie 21 <input type="checkbox"/> Trisomie 18 <input type="checkbox"/> Trisomie 13 <input type="checkbox"/> Trisomie 8 <input type="checkbox"/> Ullrich-Turner-S. <input type="checkbox"/> Klinefelter-S. <input type="checkbox"/> Andere:				
Metaphasen-FISH-Analyse:				