



| | | | |
|---|---|--|--|
| Anforderungsschein für pränatale Chromosomen- und FISH-Analysen (Fruchtwasser, Chorionzotten, Nabelschnurblut, Abortmaterial) | | A | |
| | | Eingangsdatum: | |
| Patientin <input type="checkbox"/> Einwilligung gemäß GenDG liegt bei | Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Überweisungsscheine 06 und 10 liegen bei <input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus <input type="checkbox"/> Privatrechnung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | | |
| Name, Vorname _____ geb. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ | | | |
| Einsender | Befund nachrichtlich an: | | |
| Angaben zur Schwangerschaft | | | |
| SSW: _____ + _____ Tage | <input type="checkbox"/> Mehrlingsschwangerschaft: | | |
| vorangegangene Schwangerschaften: _____ | Geburten: _____ | Fehlgeburten: _____ | |
| Genetische Beratung erfolgt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei: _____ | | | |
| Einsendematerial: <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Chorionzotten <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Abortmaterial (Chorionzotten, Fet) | | | |
| Entnahmedatum: _____ | <input type="checkbox"/> Bestimmung des FW-AFP <input type="checkbox"/> ACHE-Test | | |
| Indikation: | | | |
| <input type="checkbox"/> Altersrisiko <input type="checkbox"/> auffälliges Ersttrimesterscreening <input type="checkbox"/> Nackentransparenzerhöhung: mm <input type="checkbox"/> weitere Ultraschallmarker: | | <input type="checkbox"/> Wunsch der Patientin <input type="checkbox"/> Z. n. Trisomie 21: <input type="checkbox"/> Translokation in der Familie: <input type="checkbox"/> Andere: | |
| <input type="checkbox"/> Schnelltest bzgl. Chr. 21, 18, 13, X, Y (Privatrechnung) | | Geschlechtsangabe gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige genetische Analysen: | | | |