



<h2 style="margin: 0;">Anforderungsschein für postnatale Chromosomen- und FISH-Analysen</h2> <p style="margin: 0;">(Heparin-Blut, Mundepithelabstriche, Gewebebiopsien)</p>		P		
		Entnahmedatum: _____		
Patient(in) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Einwilligung gemäß GenDG liegt bei		Eingangsdatum: _____		
Name, Vorname _____ geb. _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____		Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Überweisungsschein 10 liegt bei <input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus <input type="checkbox"/> Privatrechnung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Studie: <input type="checkbox"/> Beratungsnr.: _____		
Angaben zur Klinik / Verdachtsdiagnose				
<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:				
Einsender _____ Anfordernder Arzt _____ Telefon _____ Ggf. Stempel u. Unterschrift		Einsendematerial (bitte ankreuzen) <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, bruchsicher verpacken. <input type="checkbox"/> Hautbiopsie zur Anlage einer Fibroblastenkultur <input type="checkbox"/> Fibroblastenkultur Probeneingang: Montag bis Freitag (Vormittag), Postversand ungekühlt, ggf. Lagerung bei 4-8°C (Kühlschrank).		
Interphasekern (I)-FISH-Analyse <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: _____				