

Patientendaten (ggf. Aufkleber)



Dr. med. Eun Kyung Suk
Prof. Dr. med. G. Kadgien*
Prof. Dr. med. S. Tinschert*
Fachärztinnen für Humangenetik
Friedrichstraße 147, 10117 Berlin
Telefon: 030/76 90 38 20
Telefax: 030/76 90 38 21
(* angestellte Ärztin)

Geschlecht: weiblich männlich

Kostenübernahme

- GKV ambulant GKV stationär Privat ambulant Privat stationär Selbstzahler
 (Bitte Ü-Schein 10)

intern

Anforderungsschein für Zytogenetik bei Postnataler Diagnostik

Fragestellung: _____

Material

- Heparin- Blut** sonstiges: _____
 5ml, bei Säuglingen reichen 2ml Heparin-Monovette ohne Granulat oder 50 IE Heparin auf 1 ml Blut

Klinische Auffälligkeiten

- Dysmorphien
 Mentale Retardierung
 Mikrocephalie
 Minderwuchs
 Fehlbildungen
 Herzfehler
 Verhaltensauffälligkeiten
 sonstiges: _____

Anamnese:

- auffällige Familienanamnese
 unerfüllter Kinderwunsch
 Fehlgeburten

Sonstiges: _____

Name des Partners: _____

1.

2.

3.

4.

Anforderung

- 1. klassische Chromosomenanalyse**
 2. Chromosomenanalyse mit FISH-Diagnostik
 Cri-du-Chat-Syndrom (5p15.2) Prader-Willi-/Angelman-Syndrom (15q11-13)
 DiGeorge-Syndrom/CATCH22 (22q11.2) Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)
 DGS2 (10p13-14) Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23)
 Kallmann-Syndrom (Xp22.3) Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p16.3)
 Mikrodeletionssyndrom 1p36 Subtelomer-Screening
 Miller-Dieker-Syndrom (17p13.3) Sonstiges: _____
 3. Arraydiagnostik
 Chromosomenanalyse bereits vorhanden (Ergebnis mitschicken)
 4. weiterführende Diagnostik Molekulargenetik: _____

EtBr Syn.

- CA
 Hybr.
 Susp _____

DNA _____

nativ _____

Einverständniserklärung (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) – bzw. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Probenentnahme. Ich bin einverstanden mit

- Aufbewahrung von Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung für ggf. eine spätere Diagnostik u./o. Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 950 BGB. Ja nein
 - Speicherung der Befunde und ggf. Nutzung in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke. Ja nein
 - Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus, um ggf. für weitere Familienmitglieder zur Verfügung zu stehen Ja nein
 - Weiterleitung des Auftrages an ein kooperierendes medizinisches Labor. Ja nein
 - Mitteilung von Zufallsbefunden, soweit diese zu gesundheitsrelevanten Maßnahmen führen könnten. Ja nein

Ort, Datum Unterschrift Ratsuchende/r, PatientIn bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum Stempel und Unterschrift **der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person**

Name Ärzt/In:

Einrichtung:

Adresse:

in Druckschrift o. Stempel