

Eingang Datum/Zeit \_\_\_\_\_

Bearbeitung \_\_\_\_\_

Unters.-Nr. \_\_\_\_\_

## Auftrag für pränatale genetische Untersuchungen

### — Patientin

Name (Bitte Blockschrift) \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### — Krankenversicherung

Name Versicherung \_\_\_\_\_

Vers. Nr. \_\_\_\_\_

#### Einverständnis:

Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Tests durchführen zu lassen und die Kosten auch bei fehlender Kostengutsprache der Krankenkasse selber zu bezahlen.

Sollte die Untersuchung Ergebnisse liefern, die nicht in Zusammenhang mit dem Auftrag stehen, aber eine vor dem 50. Lebensjahr ausbrechende Erkrankung veranlassen, wünsche ich darüber informiert zu werden:

ja  nein

Meine Proben/Resultate dürfen anonymisiert zu Forschungszwecken weiter verwendet werden:

ja  nein

Unterschrift Patientin \_\_\_\_\_

### — Auftraggebender Arzt

### — Überwachender Arzt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wünsche die Befundzustellung per Email an (nur an HIN-verschlüsselte Email-Adressen möglich) \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zustellung weiterer Auftragsformulare (Anzahl) \_\_\_\_\_

### — Untersuchungsmaterial, Untersuchungen

Datum Entnahme \_\_\_\_\_

**Chromosomenuntersuchung an**  Chorionzotten (CVS)<sup>1</sup>  
(bitte telefonisch voranmelden)

Fruchtwasser (AC)<sup>2</sup>  Fruchtwasser ohne AFP-Bestimmung

### — Spezialuntersuchungen

Untersuchung bei erhöhtem fam. Risiko: \_\_\_\_\_

Zwingend: EDTA-Blut der Kindsmutter; empfohlen: EDTA-Blut des Indexpatienten.

Fruchtwasser-Schnelltest

Screeninguntersuchung(en): \_\_\_\_\_

Hochauflösender Microarray<sup>3</sup>

Für Screeninguntersuchungen auf häufige monogenetische Krankheiten wie Cystische Fibrose, Spinale Muskelatrophie oder fragiles X-Syndrom empfehlen wir die Abklärung am EDTA-Blut der Kindsmutter (= Präkonzeptionelles Screening).

### — Intrauterine Infekte

Cytomegalie

Parvovirus

Varizella Zoster

Toxoplasmose

<sup>1</sup> Chromosomenanalyse an Trophoblastenzellen (Kurzzeit-Analyse); CGH-Array (60K) an Mesenchym-Zellen zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen und numerischen Chromosomenstörungen (entspricht Langzeit-Analyse)

<sup>2</sup> Chromosomenanalyse an kultivierten Fruchtwasserzellen; CGH-Array (60K) zum Ausschluss von wichtigen Mikrodeletionssyndromen

<sup>3</sup> CGH-Array (180K); für die Interpretation der Resultate ist unter Umständen Blut der beiden biologischen Eltern erforderlich (je 5ml EDTA- oder Heparin-Blut)

### — Indikation, Familienanamnese

Wunsch

Serum-AFP erhöht \*

Elterl. Chromosomenaberration \*

Alter, 35J. und mehr

1TT/AFP-Plus Test positiv (Angabe des Risikos) \*

Habituelle Aborte \*

Ultraschallbefund \*

Kind mit Chromosomenanomalie \*

Anderes \*

\*Angaben zur Indikation, Familienanamnese:

### — Schwangerschaft, Ultraschallmessungen

LM \_\_\_\_\_ Amenorrhoe \_\_\_\_\_

Datum Ultraschallmessung \_\_\_\_\_

ET/ET korrigiert \_\_\_\_\_

Blutgruppe der Mutter \_\_\_\_\_

SSL \_\_\_\_\_ entspricht SSW \_\_\_\_\_

Anti D-Prophylaxe?  ja  nein

Bip \_\_\_\_\_ entspricht SSW \_\_\_\_\_

Eizellspende?  ja  nein

Vanishing Twin?  ja  nein