

Anforderungsschein Genetische Diagnostik – Pränatal



Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik



Bitte zurücksenden an:

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster -
Abteilung für Medizinische Genetik



Probeneingang: Tel. +49 251 83-55428
Fax +49 251 83-55393
Molekulargenetik: Tel. +49 251 83-55419
Zytogenetik: Tel. +49 251 83-53243

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
geb. am _____ weiblich männlich divers
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**
Humangenetische Leistungen belasten nicht das
Laborbudget der/des anfordernden Ärzt*in
- Privatrechnung**
- Rechnung an Krankenhaus** (§116b)

Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: _____ Telefon: _____
Klinik: _____
Straße: _____ Ort: _____

Materialentnahme am: _____ Bitte prüfen ► Probe(n) korrekt beschriftet?

- Amniozentese Volumen: _____ ml klar altblutig frischblutig
 Chorionzottenbiopsie/Plazentapunktion Menge: _____ mg
 Nabelschnurpunktion Volumen: _____ ml
 Abortmaterial Art der Gewebeprobe: _____
 EDTA-Blut der Patientin zur Überprüfung/Vergleich der Ergebnisse ► **Einwilligung auf Seite 3**
 EDTA-Blut des Kindsvaters zur Überprüfung/Vergleich der Ergebnisse ► **Einwilligung auf Seite 4**

Schwangerschaft

1. Tag der letzten Regel: _____ SSW nach letzter Regel: _____ SSW nach Ultraschall: _____
Erfolgte ein nicht-invasiver Pränatal-Test (NIPT)? Nein Ja, Ergebnis: _____
Erfolgte ein Ersttrimester-Test? Nein Ja, Ergebnis: _____

Indikation / Sonographische Auffälligkeiten ► Bitte aktuellen Ultraschallbefund beilegen

Auffälligkeiten in vergangener Schwangerschaft oder genetisch bedingte Erkrankungen in der Familie:

Untersuchungsauftrag (¹akkreditierte Analyse)

- Chromosomenanalyse¹
 Schnelltest aus Fruchtwasser¹
 Gezielte Analyse auf eine familiäre Mutation Gen: _____ Mutation: _____
 Exom-Analyse¹ Trio¹ ► **EDTA-Blut und Einwilligung der Patientin und des Kindsvaters erforderlich**
 AFP, ACHE im Fruchtwasser (erfolgt durch ein externes Labor)

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung der/des Patient*in vorliegt!

► **Bitte wenden**

