

**Einsender:**

**Patientendaten:**

**Rechnung:**

Überweisungsschein (Nr. 10)

privat

stationär

ambulant

### Untersuchungsanforderung Pränatale Diagnostik

**Material:**

Fruchtwasser (10-20 ml)

Chorionzotten (20-50 mg)

Abortgewebe (mind. 50 mg)

fetales Gewebe

**Anzahl der Feten:** \_\_\_\_\_

**SSW:** \_\_\_\_\_

**Pränatale genetische Diagnostik:**

**Mikroskopische Chromosomenanalyse**

**Mikroskopische Chromosomenanalyse und FISH-„Schnelltest“ (für Chr. 13 / 18 / 21 / X / Y)**

**FISH für spezifische Chromosomenregion:**

bitte angeben: \_\_\_\_\_

**Pränatales Exom**

Telefonische Vorankündigung und Blut beider Elternteile notwendig

**Indikation / Diagnose:**

Erhöhtes mütterliches Alter

Auffälliges Ersttrimester-Screening

Auffälliger Ultraschallbefund

Auffälliger nicht-invasiver Pränataltest (NIPT)

Vorliegen einer chromosomalen Auffälligkeit bei einem Elternteil (z.B. balancierte Translokation)

Chromosomenaberration in früherer Schwangerschaft

Habituellem Abort, intrauteriner Fruchttod

**Klinische Angaben**

**Entnahmedatum / Uhrzeit:**

**Unterschrift:**

**Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente zusammen:**

– **Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung**

– **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)**