

<b>AOK</b>	<b>LKK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>VdAK</b>	<b>AEV</b>	<b>Knappschaft</b>
Name, Vorname des Versicherten						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vtragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Auftragsformular  
 Chromosomen-Diagnostik**

Auskünfte (Humangenetik) Dr. Gregor Schlüter: 0911-206 10 11  
 Labor: 0911-206 10 20

**Anfordernder Arzt/Tel. für Rücksprache:**  
 evtl. ursprünglich überweisender Arzt:  
 (falls direkte Befundung dorthin gewünscht)

**Klinische Angaben / Indikation:**

.....

.....

**Untersuchungsmaterial:** **Abnahmedatum:**

**Bei Schwangerschaft / pränatale Diagnostik:**

LP: SSW rechnerisch: SSW nach US: ET:  
 Geschlechtsangabe gewünscht: Ja / Nein Mehrlings-SS: Ja / Nein

**Zyto-genetik** (H): 2-5 ml Li-Heparin-Blut, Subtelomer-FISH mind. 4ml

<b>Chromosomenanalyse</b>			
Fruchtwasser/Amnionzellen	<input type="checkbox"/>		
Chorionzottenbiopsie	<input type="checkbox"/>		
Blut/Lymphozyten (H)	<input type="checkbox"/>		
Abort	<input type="checkbox"/>		
Mundschleimhaut ("Buccal Swap")	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		
<b>Aneuploidie-Schnelltest (FISH)</b>			
Fruchtwasser/Amnionz. // Chr. 13, 18, 21, X und Y	<input type="checkbox"/>		
Fruchtwasser/Amnionz. // Chr. 21	<input type="checkbox"/>		
Fruchtwasser/Amnionz. // Spezial-FISH, s. u.	<input type="checkbox"/>		
Abort	<input type="checkbox"/>		
Blut/Lymphozyten // Gonosomen (H)	<input type="checkbox"/>		
Blut/Lymphozyten // Subtelomer-FISH (H)	<input type="checkbox"/>		
Blut/Lymphozyten // Spezial-FISH, s. u. (H)	<input type="checkbox"/>		
<b>Spezielle FISH-Analysen</b>			
Down-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
DiGeorge-Syndrom („CATCH22“)	<input type="checkbox"/>		
Prader-Willi-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
Angelman-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
Williams-Beuren-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
Miller-Dieker-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
Smith-Magenis-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-)	<input type="checkbox"/>		
Cri du Chat-Syndrom (5p-)	<input type="checkbox"/>		
Kallmann-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
1p36-Deletions-Syndrom	<input type="checkbox"/>		

PC	/P
Eingang	
Zustand Probe	
Schriftl. Befund an/am	
Tel. Mitteilung	
Bemerkungen	