Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena
Institut für Humangenetik
Prof. Dr. med. Christian Hübner
Facharzt für Humangenetik
Zytogenetische Diagnostik
Dr. rer. nat. Anja Weise
Tel.: 03641/9396830 Fax: 03641/9396832
für stationäre und Privatpatienten

Zentrum für ambulante Medizin
Uniklinikum Jena
Praxis für Humangenetik
Dr. med. Isolde Schreyer
Fachärztin für Humangenetik
03641/574130 Fax: 03641/574131
für ambulante Patienten

Probeneinsendung:
Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM
Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena
Tel.: 03641/ 9396804

Anforderung - Pränatale Zytogenetik

Patientin

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

SSW nach Ultraschall:.....+.....Tage **SSW errechnet:**.....+.....Tage ☐ Mehrlingsschwangerschaft

Vorangegangene Schwangerschaften:..... Geburten:..... Fehlgeburten:.....

AFP-Bestimmung erwünscht: ☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Analysen: ☐ STR-Schnelltest (13, 18, 21, X, Y) ☐ CFTR (echogener Darm) ☐ fam. bekannte Mutation:.....
☐ DNA Asservierung ☐ Zell Asservierung ☐ andere:.....

☐ Stufendiagnostik u.a. bei Herzfehler, Hygroma oder erhöhter NT mit unauff. Karyotyp 1. DiGeorge S. (FISH) 2. Noonan S. (Molekulargenet.)

Material - zusätzlich zu jeder Probe mind. **2 ml mütterliches EDTA Blut** für Kontaminationsausschluss

☐ Fruchtwasser (ca. 10-20 ml) Menge:.....ml
☐ Chorionzotten (ca. 10-40 mg) Menge:.....mg
☐ Nabelschnurblut ca. 2 ml Heparin-Blut
☐ Abortgewebe in steriler NaCl-Lösung

Farbe: ☐ klar/gelb ☐ altblutig ☐ frischblutig

Punktion vom: _____._____._____ um ____:____ Uhr

Vom Labor auszufüllen:
Laboreingang am …… Labor-Nr.:……..

Indikation / Fragestellung gern auch mit Kopie des Ultraschallberichts

☐ Altersrisiko ☐ Besondere Beunruhigung ☐ Auffälliges Erst-Trimester-Screening ☐ Auffälliges NIPT

☐ Auffälligkeiten im Ultraschall ☐ Nackentransparenzerhöhung ☐ auffälliges Os nasale ☐ Hydrops fetalis ☐ Herzfehler
☐ Wachstumsretardierung ☐ sonstige: .....

☐ Andere: .....

.....

Hinweise zur Probeneinsendung ausführliche Informationen unter: https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/

- Bitte diesen Begleitzettel zusammen mit der Einwilligungserklärung **jeder** Patientenprobe beifügen.
- Postversand zu Wochenanfang per Eilboten, ungekühlt. Bei Versand zum Wochenende ist eine vorherige **telefonische Information dringend erforderlich.**
- Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslaufen sichern.
- Sollten Sie weitere Fragen haben, so stehen wir gern telefonisch zur Verfügung unter Tel.: 03641/9396830

Kostenübernahme
☐ Labor-Überweisungsschein ☐ stationär
☐ Privat ☐ teilstationär
☐ ASV-Fall (§116b SGB V): ☐ ja ☐ nein ☐ ambulant

Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift
Name:
Anschrift:
Telefon:

☐ Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gem. Gendiagnostikgesetz liegt ausgefüllt anbei
☐ Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung* ausgefüllt anbei
* Bitte nutzen Sie unser Formular unter https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/Begleitscheine.html

Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Datum, Unterschrift: .....