Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum UNIVERSITATS KLINIKUM

für stationäre und Privatpatienten Institut für Humangenetik Prof. Dr. med. Christian Hübner Facharzt für Humangenetik Am Klinikum 1, 07747 Jena



für ambulante Patienten Praxis für Humangenetik
Dr. med. Isolde Schreyer
Fachärztin für Humangenetik
August-Bebel-Straße 27a, 07743 Jena
Tel:03641/9398560 Fax:03641/9398561

**Zytogenetik**: Dr. rer. nat. Anja Weise Tel.: 03641/9396830 Fax: 03641/9396832

## Probeneinsendung:

Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena

Tel.: 03641/9396804

## Anforderung - Pränatale Zytogenetik

<u>Patientin</u>	
Name, Vorname	Geburtsdatum:
SSW nach Ultraschall:+Tage SSW	errechnet: Tage
Vorangegangene Schwangerschaften: Gebu	rten: Fehlgeburten:
AFP-Bestimmung erwünscht: □ ja □ nein	
Zusätzliche Analysen: ☐ STR-Schnelltest (13, 18, 21, X, Y) ☐ DNA Asservierung ☐ Stufendiagnostik u.a. bei Herzfehler, Hygroma oder erhöhte	□ CFTR (echogener Darm) □ fam. bekannte Mutation: □ Zell Asservierung □ andere: r NT mit unauff. Karyotyp 1. DiGeorge S. (FISH) 2. Noonan S. (Molekulargenet.)
□ relevante genetische Vorbefunde liegen in Kopie anbei	
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	Farbe: □ klar/gelb □ altblutig □ frischblutig  Punktion vom: um: Uhr
□ Abortgewebe in steriler NaCl-Lösung	Vom Labor auszufüllen: Labor- Laboreingang am Nr.:
Indikation / Fragestellung gern auch mit Kopie des Ultraschallberichts	
□ Altersrisiko □ Besondere Beunruhigung □ Auffälliges Erst-Trimester-Screening □ Auffälliges NIPT	
□ Auffälligkeiten im Ultraschall □ Nackentransparenzerhöhur	
□ Wachstumsretardierung □ Andere:	□ sonstige:
Hinweise zur Probeneinsendung ausführliche Informationen unter: https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/	
<ul> <li>Bitte diesen Begleitzettel zusammen mit der Einwilligungserklärung jeder Patientenprobe beifügen.</li> <li>Postversand zu Wochenanfang per Eilboten, ungekühlt. Bei Versand zum Wochenende ist eine vorherige telefonische Information dringend erforderlich.</li> <li>Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslaufen sichern.</li> <li>Sollten Sie weitere Fragen haben, so stehen wir gern telefonisch zur Verfügung unter Tel.: 03641/9396830</li> </ul>	
<u>Kostenübernahme</u>	Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift
☐ Labor-Überweisungsschein ☐ stationär ☐ Privat ☐ teilstationär	Name: Anschrift:
☐ Privat ☐ teilstationär ☐ ASV-Fall (§116b SGB V): ☐ ja ☐ nein ☐ ambulant	Telefon:
☐ Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Ar ☐ Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernah * Bitte nutzen Sie unser Formular unter https://www.uniklinikum-jena.de/h Anmerkung: Genetische Untersuchungen belasten nicht da	nalysen gem. Gendiagnostikgesetz liegt ausgefüllt anbei meerklärung* ausgefüllt anbei numangenetik/Begleitscheine.html

Datum, Unterschrift: .....