

Anforderungsschein Postnataldiagnostik

FB 7.2.13

Bitte die Einwilligung (<https://www.lmu-klinikum.de/humangenetik>) ausfüllen und beilegen.
Ohne unterschriebene Einwilligung ist keine Untersuchung möglich.

Patientendaten (ggf. Aufkleber) Name _____ Vorname _____ geb. _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers Straße _____ PLZ _____ Ort _____		Einsender*in (Name, Tel.-Nr., ggf. Stempel) _____ _____ _____	
		Probenabnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____	Probeneingang Datum: _____ Uhrzeit: _____

Diagnose/Verdacht/Familienanamnese _____ _____ _____	
Primärkultur und Zellkultivierung <input type="checkbox"/> aus Haut/Gewebebiopsie <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angaben): _____ _____ (Auftragsnr ¹) Untersuchungsmaterial: Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme	DNA-Asservierung <input type="checkbox"/> aus Venenblut: _____ (Auftragsnr ¹) Untersuchungsmaterial: 1-3 ml EDTA-Blut, ungekühlter Versand <input type="checkbox"/> aus Gewebebiopsie: _____ (Auftragsnr ¹) Untersuchungsmaterial: Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme <input type="checkbox"/> DNA Rückforderung: _____ (Auftragsnr ¹)
Konventionelle Chromosomenanalyse (Karyotypisierung) <input type="checkbox"/> aus Venenblut <input type="checkbox"/> aus Haut/Gewebebiopsie <input type="checkbox"/> aus Fehlgeburtsgewebe _____ (Auftragsnr ¹) Untersuchungsmaterial: 2ml Li-Heparinblut/Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme	Molekulargenetische Analyse² <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktoren (AZF-Deletionen): _____ <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé-Syndrom (FLCN): _____ _____ (Auftragsnr ¹) Untersuchungsmaterial: 1-3 ml EDTA-Blut, ungekühlter Versand
FISH-Diagnostik (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung) Mikrodeletion: <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom (4p-) ² <input type="checkbox"/> Katzenschrei-Syndrom (5p-) <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom (7q11.23) <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman-Syndrom (15q11.2) <input type="checkbox"/> sonstige FISH-Diagnostik (bitte genaue Angaben) _____	
¹Auftragsnummer: nicht von externem Einsender auszufüllen ²diese Analyse erfolgt auf wissenschaftlicher Basis ➔ 2ml Li-Heparin-Röhrchen oder Röhrchen mit Nährmedium können angefordert werden ➔	

Wir behalten uns die Möglichkeit vor, bei unvorhersehbaren Ereignissen (etwa bei Gerätedefekten) die eigene Leistung in einer nicht dauerhaften Unterbeauftragung anzubieten.

Adresse: Goethestr. 29, 80336 München | Tel: 089/4400 53683 | Fax: 089/4400 54468 | Email: Humangenetik@med.uni-muenchen.de

Erstellung:

Müller, Stefan PD Dr.

Prüfung:

10.11.2025 Höfele, Julia Franziska Gertrud Prof.
Dr.med.

Freigabe:

10.11.2025 Höfele, Julia Franziska Gertrud Prof.
Dr.med.