

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.

<u>Patientendaten (ggf. Aufkleber)</u>		<u>Einsender*in (Name, Tel.-Nr., ggf. Stempel)</u>	
Name	Vorname		
geb.	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Straße		Probenabnahme	Probeneingang
PLZ	Ort	Datum: Uhrzeit:	Datum: Uhrzeit:
Diagnose/Verdacht/Familienanamnese			
Primärkultur und Zellkultivierung		DNA-Asservierung	
<input type="checkbox"/> aus Haut/Gewebebiopsie <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte genaue Angaben): <small>(Auftragsnr¹) Untersuchungsmaterial: Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme</small>		<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)		Molekulargenetische Analyse²	
<input type="checkbox"/> aus Venenblut <input type="checkbox"/> aus Haut/Gewebebiopsie <input type="checkbox"/> aus Fehlgeburtsgewebe <small>(Auftragsnr¹) Untersuchungsmaterial: 2ml Li-Heparinblut/Gewebe in steriler NaCl-Lösung/Nährmedium, ungekühlter Versand am Tag der Entnahme</small>		<input type="checkbox"/> Azoospermiefaktoren (AZF-Deletionen): <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé-Syndrom (FLCN): <small>(Auftragsnr¹) Untersuchungsmaterial: 1-3 ml EDTA-Blut, ungekühlter Versand</small>	
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)			
<input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2) ² <input type="checkbox"/> 22q11.2-Deletion (DiGeorge/Velokardiofaziales Syndrom) <input type="checkbox"/> 22q13-Deletionssyndrom <input type="checkbox"/> Swyer-Syndrom (SRY-Deletion)			
1 Auftragsnummer: nicht von externem Einsender auszufüllen 2 diese 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.