

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

synlab
Medizinisches
Versorgungszentrum
Humane Genetik München GmbH



Ärztliche Leitung:
Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter
Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23
D- 80337 München
Tel.: (+49) (0)89 54 86 29 – 0 info@humane-genetik.de
Fax: (+49) (0)89 54 86 29 – 243 www.humane-genetik.de

Untersuchungsauftrag Zytogenetik / Molekulare Zytogenetik

Humangenetische Leistungen belasten NICHT das Budget des anfordernden Arztes

Kostenträger: Gesetzlich versicherte Patienten: Laborüberweisungsschein Muster 10 (Ausnahmeziffer: 32010)
 Überweisungsschein Muster 06-2 (gelb)
Privat: GOÄ-Rechnung an Patienten/ Patientin
Stationär: Rechnung an Klinik

Wichtige Hinweise: Proben nicht extremen Temperaturen aussetzen!
Proben gegen Stoß und Auslauf sichern. Bitte Verpackungs- und Transportrichtlinien beachten!!

Befundmitteilung: Tel. _____ Fax _____

Untersuchungsmaterial: entnommen am: _____

- Na- oder Li-Heparin-But (2-5 ml)
- EDTA-Blut
- Fruchtwasser (**bitte tel. Voranmeldung**)
- Chorionzotten (**bitte tel. Voranmeldung**)
- Abortmaterial
- Haut
- Wangenschleimhautabstrich

Geschlecht des Probanden:

- männlich weiblich

Zytogenetik:

- Klassische Chromosomenanalyse**

Klinische Diagnose, Symptome oder Befunde:

Molekulare Zytogenetik:

- FISH-Analyse (Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung)**
- Pränataler Schnelltest (13, 18, 21, X, Y)
- Mosaikabklärung
- Mikrodeletions- und Mikroduplikations-Syndrome
 - Wolff-Hirschhorn-Syndrom 4p16.3
 - Cri-du-Chat 5p15.2
 - Williams-Beuren-Syndrom 7q11
 - Mikroduplikationsduplikations-Syndrom 7q11.23
 - Prader-Willi-/ Angelman-Syndrom 15q11-q13
 - Lissencephalie (Miller-Dieker-Syndrom) 17p13.3
 - Smith-Magenis-Syndrom (17p11.2)
 - DiGeorge-/ CATCH22-Syndrom (22q11.21-q11.23)
 - Cat-Eye-Syndrom Markerchromosom (CES) (22q11)
 - Phelan-McDermid Syndrom (22q13.3)
 - Mikrodeletions-Syndrom 1p36
 - Kallmann-Syndrom (Xp22.3)
 - Sex Reversal (Yp11.23)
 - weitere auf Anfrage
- Chromosome painting
- Subtelomer-Diagnostik
- Array-CGH-Diagnostik**

Datum _____

Unterschrift des Arztes und Stempel _____