

# UKGM UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIEßEN UND MARBURG

Institut für Humangenetik  
Schlangenzahl 14  
35392 Giessen

**Proben (ungekühlt) bitte an:**  
Labor für klassische und molekulare Zytogenetik  
Dr. rer. nat. Katrin Fröbuis, Tel.: 0641/99-41611

Tel. 0641/99-41600 – FAX: 0641/99-41609

## ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR PRÄNATALE ZYTOGENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Patientenetikett     	interne Labornummern:     Eingang: _____ Ansatz: _____
--------------------------------------	---

**Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen):**

<input type="checkbox"/> Kasse ambulant	<input type="checkbox"/> Kasse stationär	<input type="checkbox"/> Privat ambulant*	<input type="checkbox"/> Privat stationär*	<input type="checkbox"/> Selbstzahler*	<input type="checkbox"/> § 116b/ASV
---	--	---	--	--	-------------------------------------

\* **Kostenübernahmeerklärung für Selbstzahler/Privatpatienten siehe Rückseite (für IGeL Leistungen separates Formular s.u.)**

<b>Indikation:</b>		Probenentnahme: _____
<input type="checkbox"/> Altersindikation <input type="checkbox"/> ultrasonographische Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> auffälliges Erst-Trimester-Screening <input type="checkbox"/> auffälliger NIPT <input type="checkbox"/> sonstige Gründe:		
<b>Weitere Angaben zur Patientin:</b>		
Erster Tag der letzten Periode: .....                    SSW nach US: .....                    SSW rechn.: ..... <input type="checkbox"/> Mehrlingsgravidität		
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser: <input type="checkbox"/> Chorionzotten: <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Abortmaterial	Menge:..... ml                    Farbe: <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> frischblutig <input type="checkbox"/> altblutig  Menge:..... mg  <input type="checkbox"/> Zotten <input type="checkbox"/> fetales Gewebe ..... (z.B. Achillessehne)	Wird vom Labor ausgefüllt

**Gewünschte Untersuchung bitte ankreuzen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomen-Analyse<br><input type="checkbox"/> Andere Untersuchung. (z.B. FISH bei V.a. Mikrodeletion 22q11.2)<br><input type="checkbox"/> Pränataler Schnelltest (Zahlabweichung der Chrom. 13, 18, 21, X + Y) → bei fehlender medizinischer Indikation:<br>IGeL-Leistung: 167,58 €, Kostenübernahmeerklärung **<br><br><input type="checkbox"/> pränatale Array-Diagnostik (SNP-Array) → (Test auf krankheitsrelevante Deletionen/Duplikationen bei auffälligem Ultraschall; u.a. 22q11, 1p36, 15q11q13, 5p-, 17p13.3, 7q11.23, 4p16) | <input type="checkbox"/> AFP/ACHE<br><input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. DNA-Asservierung) |
|---|---|

**\*\* Vertrag über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) als separates Formular**

interne Bemerkungen:

<p><b><u>Anfordernde ärztliche Person:</u></b></p>  Name (Druckbuchstaben): _____  Unterschrift: _____	(Arzt-/Klinikstempel)
--	-----------------------

**Bitte unbedingt Rückseite berücksichtigen!**

