

EN ISO 15189 (SMTS 0082)

Humangenetik

Konstitutionelle Zytogenetik

Einsender:		Patient:	
Name:	Klinik/Labor:	Name:	Geschlecht:
Adresse:	Telefon:	Vorname:	<input type="checkbox"/> Männlich
		Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> Weiblich
		Adresse:	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Befundversand:			
E-Mail (HIN-gesichert):			
Kopieempfänger: <small>(HIN-gesicherte E-Mail oder vollständige Adresse)</small>			
Rechnungsadresse:			
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> andere (vollständige Adresse):			
ACHTUNG: Bitte unterschriebene Einverständniserklärung mitschicken (siehe Homepage). Ohne Einverständniserklärung kann die Analyse nicht durchgeführt werden.			
PRÄNATAL		POSTNATAL	
Untersuchungsmaterial:		Untersuchungsmaterial:	
<input type="checkbox"/> Amniozentese (Fruchtwasser) <input type="checkbox"/> Chorionzentese (CVS, Chorionzotten) <input type="checkbox"/> Andere:		<input type="checkbox"/> Heparin-Vollblut <input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut <input type="checkbox"/> Fibroblasten (Hautbiopsie) <input type="checkbox"/> Plazenta <input type="checkbox"/> Fötale Gewebe <input type="checkbox"/> Andere:	
Entnahmedatum:		Entnahmedatum:	
Entnahmezeit:		Entnahmezeit:	
Klinische Angaben:		Klinische Angaben:	
Anzahl Schwangerschaften: Anzahl Geburten: SSW: Datum letzte Menstruation: <input type="checkbox"/> Pos. Erst-Trimester-Test <input type="checkbox"/> Anamn. Aneuploidie <input type="checkbox"/> Fam. Chromosomen-Anomalie <input type="checkbox"/> Fötale Fehlbildungen im Ultraschall <input type="checkbox"/> Andere:		<input type="checkbox"/> Entwicklungsstörung <input type="checkbox"/> Fehlbildungen <input type="checkbox"/> Infertilität <input type="checkbox"/> Andere:	
Gewünschte Untersuchung:		Gewünschte Untersuchung:	
<input type="checkbox"/> Karyotyp (Chromosomenuntersuchung, Karyotypisierung) <input type="checkbox"/> Pränataler Schnelltest: (QF-PCR aus Fruchtwasser, Direktpräparation aus CVS) <input type="checkbox"/> Array (Molekulare Karyotypisierung) <input type="checkbox"/> AFP-Bestimmung* <input type="checkbox"/> Andere:		<input type="checkbox"/> Karyotyp (Chromosomenuntersuchung, Karyotypisierung) <input type="checkbox"/> Schnelltest (QF-PCR aus EDTA-Blut bzw. DNA) <input type="checkbox"/> Array (Molekulare Karyotypisierung aus EDTA-Blut bzw. DNA) <input type="checkbox"/> MLPA bzw. iFISH / mFISH (Syndrome/chrom. Region) <input type="checkbox"/> Andere:	

* Fremdlabor (LMZ-Dr. Risch, Bern)

 Eingangsdatum:
 Eingangszeit:
 Visum: