Anforderungsformular für eine molekulargenetische Analyse

Medizinisches Versorgungszentrum
Strahlentherapie
Humangenetik
Transfusionsmedizin

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Humangenetik-Diagnostiklabor
Pädiatrische Genetik
Sektionsleiter PD Dr. med. E. Lausch

Patientendaten (Aufkleber oder bitte ausfüllen)

NAME, Vorname

Straße — geb.

PLZ Ort — m / w

Krankenkasse

Klinik/ Station

Bitte senden Sie das Probenmaterial einschließlich Anforderungsformular und Einwilligungserklärung gemäß GenDG an Universitätsklinikum Freiburg, ZKJ - Pädiatrische Genetik, z.H. Frau Volz, Mathildenstr. 1, 79106 Freiburg

Rückfragen:
Tel. +49 (0)761 270-43630
Tel. +49 (0)761 270-44390

Abrechnungsinformationen

☐ Privatversichert ☐ Selbstzahler* ☐ stationär intern* ☐ stationär extern* ☐ GKV

* Bitte Rechnungsadresse angeben:

Probenmaterial

Entnahmedatum:

☐ EDTA-Blut (≥ 2ml)
☐ DNA
☐ Chorionzotten nativ
☐ Chorionzotten kultiviert
☐ Amnionzellen nativ
☐ Amnionzellen kultiviert
☐ Andere:

Liegt Probenmaterial von weiteren Familienangehörigen bei? ☐ Ja, ☐ Nein

Falls ja, bitte folgende Informationen beifügen (ggf. auf gesondertem Blatt):

Name	Verwandtschaftsgrad	Erkankt J / N
1.		
2.		
3.		
4.		

Angeforderte Diagnostik

(Leistungsspektrum unter http://www.uniklinik-freiburg.de/paed-allgemein/schwerpunkte/sektion-paediatrische-genetik/diagnostik/molekulargenetische-analysen.html)

☐ Gen: ☐ Gendiagnostik (Stufendiagnostik) bei V.a. _____

Bei Stufendiagnostik bitte alle Parameter und ggf. Priorisierung der Gene angeben. Ansonsten erfolgt die Analyse abgestuft nach Plausibilität.

1. 2. 3. ggf. weitere:

Angaben zum Patienten

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja, SSW: ☐ Nein

Wurde die angeforderte Gendiagnostik bereits bei einem betroffenen Angehörigen durchgeführt? ☐ Ja, ☐ Nein

Falls ja, bitte Ergebnis hier angeben o. Befundkopie beifügen:

Indikation und ergänzende Informationen (Untersuchungsanlass, klinische Informationen, Vorbefunde, Familienanamnese, Stammbaum etc. (ggf. auf gesondertem Blatt))

Einsendender Arzt:

Stempel (Kontaktdaten) des Arztes

eventuelle Rückfragen an:

Name in Druckbuchstaben:

Email:

Tel.:

Fax:

Ort, Datum — Unterschrift