

**Postadresse und Probenversand:**

Heinrich-Düker-Weg 12  
37073 Göttingen

Institut für Humangenetik und  
Medizinisches Versorgungszentrum der UMG  
Bereich Humangenetik

**Kontakt:**

Zytogenetik

Tel.: 0551 / 39-60387

Fax: 0551 / 39-69374

<http://www.humangenetik-umg.de>

## Untersuchungsauftrag pränatale Chromosomenanalyse

Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Patientin bzw. ihres/ihrer gesetzl. Vertreters/Vertreterin ist unbedingte Voraussetzung für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

### Patientendaten

Krankenkasse:  Ambulant  
(bitte **Überweisungsschein 10** beifügen)

Name:  Stationär

Vorname:  Privat

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Indikation / Fragestellung

Alter  andere

-----  
-----

**SSW nach Ultraschall:** \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ Tage

**SSW (errechnet):** \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ Tage

Mehrlingsschwangerschaft

Vorangegangene Schwangerschaften: Geburten: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Genetische Beratung erfolgt?  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmaterial:

Fruchtwasser (ca. 10-20 ml) Menge: \_\_\_\_\_ ml  Chorionzotten Menge: \_\_\_\_\_ mg

klar/gelb  altblutig  frischblutig  Nabelschnurblut (ca. 2 ml Heparin-Blut)

Datum Probenname: \_\_\_\_\_

AFP-Bestimmung: \_\_\_\_\_  ACHE-Test  Schnelltest (13, 18, 21, X, Y)

Geschlechtsangabe erwünscht?  ja  nein

Einsender (Stempel)

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Arzt)

**Hinweise zur Probeneinsendung:**

- Bitte **unbedingt** diesen Untersuchungsauftrag und die Einwilligungserklärung **jeder** Patientenprobe beifügen.
- Postversand: Mo-Do; nach Möglichkeit bitte telefonische Anmeldung.
- Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslauf schützen.
- Auf Wunsch können wir Ihnen gerne entsprechendes Versandmaterial zuschicken.

**Hinweise zur Kostenübernahme bei Privat Versicherten:**

Bei Privat Versicherten oder Selbstzahlern bitten wir um deren Unterschrift dafür, dass die Abrechnung unserer Leistungen durch die Privatverrechnungsstelle der Ärzte und Zahnärzte in Niedersachsen, Bezirksstelle Göttingen, Kasseler Landstraße 25c, 37081 Göttingen bzw. die Weitergabe an unsere Anwälte bei Nichtzahlung erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)