

Anforderung für genetische Untersuchungen pränatal / Aborte



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



Patientin		
Name		
Name		Vorname
Geburtsdatum	Tel.	Fax
Straße		
PLZ - Wohnort		

**Bitte ausgefüllte
Einwilligungserklärung für
pränatale Untersuchungen
bzw. Abortuntersuchungen
nach Gendiagnostikgesetz
beifügen!**

Der Befund wird an den
einsendenden Arzt, ggf. zusätzlich
an den in der Einwilligungserklärung
angegebenen, betreuenden
Frauenarzt übermittelt.
(bitte genaue Adresse beifügen)

Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Humangenetik
der TU München

Univ.-Prof. Dr. J. Winkelmann
Direktorin

Sekretariat: Iris Weisenstein
sekretariat.ihg@mri.tum.de

Trogerstraße 32 / III.OG

D-81675 München

Tel. +49 (089) 4140- 6381

Fax: - 6382

Betreuende/r Frauenärztin/arzt					
Name					
Name		Straße		PLZ	Ort
Name			Straße		Fax

Informationen zur aktuellen Schwangerschaft
Dauer: SSW <input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> Mehrling ()

Vorangegangene Schwangerschaften
Anzahl: Fehlgeburten:

Untersuchungsmaterial	Pränatal	Abort
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Chorionzotten <input type="checkbox"/> Plazenta	<input type="checkbox"/> Curettement <input type="checkbox"/> fetales Gewebe
<input type="checkbox"/> Nabelschnurblut	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nabelschnur <input type="checkbox"/> Sonstiges:.....

Indikation	Pränatal	Abort
<input type="checkbox"/> mütterliches Alter	<input type="checkbox"/> auffälliges Ersttrimesterscreening	<input type="checkbox"/> Abort SSW:
<input type="checkbox"/> sonographische Auffälligkeiten		<input type="checkbox"/> IUFT SSW:
<input type="checkbox"/> Z.n. Schwangerschaft mit Chromosomenstörung/Fehlbildung		<input type="checkbox"/> Abbruch SSW: <input type="checkbox"/> Fetozid
<input type="checkbox"/> genetische Erkrankung/Fehlbildung in der Familie:		<input type="checkbox"/> Ultraschall-Auffälligkeit:
.....	
.....		<input type="checkbox"/> Sonstiges:
.....	

Angeforderte Untersuchung	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (Karyogramm)
<input type="checkbox"/> FISH-Schnelltest (13,18, 21, X, Y) als IGeL (Vertrag beifügen)	<input type="checkbox"/> Array-Analyse
<input type="checkbox"/> FISH-Schnelltest, Abrechnung über Einsender (med. Indikation)	<input type="checkbox"/> Molekulargenetische Diagnostik
<input type="checkbox"/> AFP im Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> DNA-Asservierung
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Befundmitteilung	Geschlechtsmitteilung <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
<input type="checkbox"/> an Einsender	<input type="checkbox"/> an Patientin (nur bei unauffälligem Befund)
	<input type="checkbox"/> an betreuende/n Frauenärztin/

Einsendende/r Arzt/Ärztin (Frauenklinik MRI)

Datum.....