

# 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  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Institut für Humangenetik  
der TU München**

**Prof. Dr. Julia Höfele**  
kommissarische Institutsleiterin

Sekretariat: Iris Weisenstein  
[sekretariat.ihg@mri.tum.de](mailto:sekretariat.ihg@mri.tum.de)  
Trogerstraße 32 / III.OG  
D-81675 München  
Tel. +49 (089) 4140-6381  
Fax: - 6382

Betreuende/r Frauenärztin/arzt					
Name					
Straße		PLZ	Ort	Tel.	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/

<b>Einsendende/r Arzt/Ärztin (Frauenklinik MRI)</b>
---

Datum.....