



# Auftrag zur humangenetischen Diagnostik

07/20

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

**Patientendaten (ggf. Aufkleber):**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

- GKV-Patient/-in** ▶ **bitte Ü-Schein 10 beilegen**  
Humangenet. Leistungen belasten NICHT das Laborbudget des anford. Arztes (EBM Kap. 11)
- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient.)**
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**  
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V

**MATERIAL: Ca. 10 ml Heparin-Blut**

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchstreu verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen: Tel.: **0931 / 3184089****G-Nr.:** \_\_\_\_\_**UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG (bitte ankreuzen)****Material**

- peripheres Vollblut (Heparin)
- leukämisches Blut (Heparin)
- Knochenmark (Heparin)
- DNA
- Hautgewebe
- Fibroblastenkultur
- Fruchtwasser
- Amnionzellen
- Chorionzotten

**Verdachtsdiagnose**

- Fanconi-Anämie
- Ataxia telangiectasia ★
- Nijmegen-Breakage-Syndrom ★
- zelluläre Radiosensitivität ★

- klinisch gesichert
- differentialdiagnostisch
- Ausschluss
- prädiktiv
- Pränataldiagnostik

★ **Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!**

**Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!**

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Postnataler Minderwuchs:  ja  neinMikrocephalie:  ja  neinOhrfehlbildungen:  ja  neinAngeborene Herzfehler:  ja  neinGeistige Retardierung:  ja  neinInfertilität:  ja  neinPigmentstörungen der Haut:  ja  neinMikrophthalmie:  ja  neinRadialstrahlanomalien:  ja  neinNierenanomalien:  ja  neinGenitalfehlbildungen:  ja  neinLeukämie / Malignome:  ja  nein

Andere Fehlbildungen: \_\_\_\_\_

Hämatologische Veränderungen: \_\_\_\_\_

Knochenmarkbefund: \_\_\_\_\_

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Name (bitte in Druckschrift) und \_\_\_\_\_

Unterschrift des verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_

Stempel des verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten vorliegt (siehe Seite 1).**