



Begleitschein für eingesandte Proben

Einsender
verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient weiblich / männlich

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Krankenkasse:

Versicherter:

betreuende/r Ärztin/Arzt:

Name:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Indikation:

Schwangerschaftswoche:

Thrombophilie / Infertilität

- MTHFR (Methylentetrahydrofolat-Reduktase)
- Prothrombin
- Faktor V Leiden
- PAI (Plasminogen Aktivator Inhibitor)

Herzfehlbildungen

- Noonan-Syndrom 1 (PTPN11)
- Noonan-Syndrom 4 (SOS1)
- Holt-Oram-Syndrom
- CHARGE-Syndrom

Skelettdysplasien / Kraniosynostosen

- Achondroplasie
- Hypochondroplasie
- Thanatophore Dysplasie Typ I
- Thanatophore Dysplasie Typ II

Sterilität

- CBAVD (Congenital Bilateral Aplasia of Vas Deferens)
- Azoospermiefaktor

Wachstumsretardierung

- Smith-Lemli-Opitz-Syndrom
- Cornelia de-Lange-Syndrom

Achondrogenesis Typ IB (DTDST)

- Achondrogenesis Typ II (COL2A1)
- Campomele Dysplasie (SOX9)
- Diastrophe Dysplasie (DTDST)
- Ellis-van-Creveld-Syndrom (EvC / EvC2)
- Hypophosphatasie (TNSALP)
- Osteogenesis imperfecta Typ I-IV (COL1A1 / COL1A2)
- Osteogenesis imperfecta Typ IIb / VII (CRTAP)
- Osteogenesis imperfecta Typ VIII (LEPRE1)
- Osteogenesis imperfecta Typ IX (PP1B)

Cystische Fibrose

Spinale Muskelatrophie

Lissencephalie (autosomal)

Blutgruppen

- RhD
- RhC/c
- RhE/e
- Kell
- Kidd

Uniparentale Disomie

- UPD 2
- UPD 7
- UPD 11
- UPD 14
- UPD 15
- UPD 16

Mehrlinge: monozygot / dizygot

Verwandtschaftsnachweis

Apert-Syndrom

- Morbus Crouzon
- Morbus Pfeiffer
- Carpenter-Syndrom (RAB 23)

Trisomie

- PCR für 21, 18, 13, X, Y

CHIP-Diagnostik

- Array-CGH (Gesamtgenom)

Andere genetische Erkrankungen

(Wir organisieren die Diagnostik in Zusammenarbeit mit ausgewählten Speziallaboratorien.)

Art der Probe

Chorion- / Plazentazotten*

nativ

nach Kultur

Abortgewebe

Fruchtwasser*

nativ

nach Kultur

EDTA-Blut

Fetus

Kind

Erwachsener

* Bitte zum Ausschluss einer Kontamination EDTA-Blut der Schwangeren mitschicken.

Datum:

Name verantwortliche/r Ärztin/Arzt:

Unterschrift:

Bitte Aufklärung und Einwilligung auf der Rückseite beachten.

Pränatal-Medizin München
Frauenärzte und Humangenetiker (MVZ)
Dr. med. Karl-Philipp Gloning
Dr. med. Sabine Minderer
Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Schramm
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
Dr. med. Konstanze Hörtnagel
Priv.-Doz. Dr. med. Dietmar Schlembach

Lachnerstraße 20, 80639 München
Telefon +49 89 130744-0
Telefax +49 89 130744-99
info@praenatal-medizin.de
www.praenatal-medizin.de

Zytogenetisches Labor:
Telefon +49 89 130744-55
Labor für molekulare Genetik:
Telefon +49 89 130744-21
Klinik:
Telefon +49 89 15706-519



Patient

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte erläutern Sie die Fragestellung (Indikationsstellung) und teilen Sie Voruntersuchungen und Befunde mit.

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz § 13).

Sie darf für weitere Überprüfungen (Qualitätssicherung) anonymisiert verwendet werden.

Frau/Herr Dr.

hat meine zusätzlichen Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Datum:

Unterschrift

Unterschrift

der Ärztin/des Arztes

der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit. Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

Ich habe das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten: ich selbst

Frauenärztin/-arzt:

Kinderärztin/-arzt:

Hausärztin/-arzt:

Datum:

Unterschrift

der Patientin/des Patienten/Erziehungsberechtigten