

Anforderungen von humangenetischen Untersuchungen (Pränataldiagnostik)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Kostenträger: Kasse
 Privat
 Stationär

Anschrift _____
Strasse _____

_____ Tel.: _____
PLZ _____ Ort _____
Fax.: _____

-
- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Zytogenetik | <input type="radio"/> Fruchtwasser |
| <input type="radio"/> AFP | <input type="radio"/> Abortmaterial |
| <input type="radio"/> ACHE | <input type="radio"/> Nabelschnurblut |
| <input type="radio"/> FISH <input type="radio"/> 13/21 <input type="radio"/> 18/X/Y <input type="radio"/> sonst. | <input type="radio"/> Chorionzotten |
| <input type="radio"/> sonst. | <input type="radio"/> Fibroblasten |

Angaben zur Schwangerschaft: ____ Gravida ____ Para Mehrlingsschwangerschaft

O ET/ O LP: ____ . ____ . _____ SSW rech. ____ + ____ SSW US ____ + ____
Wochen Tage Wochen Tage

Indikation:

Anamnese:

Befunde:

Art der Probe Menge:

Beschaffenheit: Entnahmedatum:

Einsendender Arzt: Unterschrift:

Einsendender Arzt: Unterschrift: