

Untersuchungsanforderung Zytogenetik



Praxis für Gynäkologie und Genetik
Labor für Reproduktionsgenetik
Zentrum für Polkörperdiagnostik

Patient
Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
Ort:
Krankenkasse:

Einsender (Stempel)

Datum:

- Indikation:**
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhtes Alter der Mutter | <input type="checkbox"/> auffälliger Ultraschall-Befund | <input type="checkbox"/> psychische Indikation |
| <input type="checkbox"/> familiäres, genetisches Risiko | <input type="checkbox"/> rezidivierender Abort | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> genetische Verdachtsdiagnose: _____ | | |

Klinische Information, ggf. Befunde beifügen (falls nötig Rückseite verwenden)

Zytogenetische Diagnostik pränatal*	Zytogenetische Diagnostik postnatal*																				
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse aus: <input type="checkbox"/> Amnionzellen (Fruchtwasser) <input type="checkbox"/> Chorionzotten/Plazentazotten <input type="checkbox"/> Abortgewebe <input type="checkbox"/> anderes Material (z.B. Nabelschnurblut) Schwangerschaftswoche: rechnerisch: sonographisch: letzte Periode: errechneter Termin: Schwangerschaftsverlauf: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> auffällig: <input type="checkbox"/> Mehrling Vorausgegangene Schwangerschaften: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>pränatale Diagnostik</th> <th>Ausgang der Schwangerschaft</th> <th>w</th> <th>m</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Jahr	pränatale Diagnostik	Ausgang der Schwangerschaft	w	m																<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse aus: <input type="checkbox"/> Lymphozyten (5 ml Heparin-Blut) <input type="checkbox"/> Anderes Material (z.B. Haut) <input type="checkbox"/> konventionell <input type="checkbox"/> high resolution <hr style="border: 1px solid black;"/> <b style="background-color: #FFD700; text-align: center;">Molekular-zytogenetische Diagnostik <input type="checkbox"/> FISH-Schnelltest (IGeL-Leistung) <input type="checkbox"/> (Kassenleistung - nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> FISH mit spezifischen Sonden: <input type="checkbox"/> Subtelomer-Analyse <input type="checkbox"/> Mikrodeletionssyndrome <input type="checkbox"/> Kontaminationsausschluss bei Abort (zusätzlich 5 ml maternales EDTA-Blut) <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse Array-CGH <input type="checkbox"/> 5 ml EDTA-Blut <input type="checkbox"/> anderes Material (z.B. Urin)
Jahr	pränatale Diagnostik	Ausgang der Schwangerschaft	w	m																	
Geschlechtsmitteilung: <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht AFP-Bestimmung im Fruchtwasser: <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht Histologie bei Abort: <input type="checkbox"/> bereits veranlasst <input type="checkbox"/> gewünscht																					

*in Kooperation mit dem Institut für Humangenetik der TU München

Stand März 2011

Einwilligung gemäss Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Über oben genannte Erkrankung oder in Frage kommende Diagnose, deren genetische Grundlage, sowie die Aussagemöglichkeiten und -grenzen der Gendiagnostik in meinem speziellen Fall bin ich umfassend aufgeklärt worden. In einem Beratungsgespräch konnte ich alle Fragen stellen. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in oben genannte Untersuchung. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ich habe keine weiteren Fragen, ich bin mit der Untersuchung einverstanden und wünsche die Durchführung der zytogenetischen Diagnostik.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine prädiktive Diagnostik, also auch **eine pränatale Diagnostik**, eine **genetische Beratung** durch eine/n Facharzt/-ärztin der Humangenetik oder eine/n nach §7 GenDG qualifizierten Arzt/Ärztin sowohl **vor als auch nach der Untersuchung** erfordert. Auf diese explizite Beratungspflicht kann ich nach schriftlicher Aufklärung und nach Aushändigung der Information über die Inhalte der genetischen Beratung verzichten.

- ich wünsche eine genetische Beratung ich wünsche keine genetische Beratung

Ich bin einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird. Die gewonnene Probe wird nach Abschluss der Diagnostik nach GenDG §13 vernichtet. Die Probe darf anonymisiert für weitere Überprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherung verwendet werden. für Weiterentwicklung (Forschung) verwendet werden.

Ich wünsche, dass der Befundbericht ausser an den die Untersuchung anfordernden Arzt (s.u.) auch an nachfolgende Ärzte gesendet wird:

- meinen Hausarzt: _____ betreuender Frauenarzt: _____
 weitere Ärzte: _____ an mich selbst

Ort, Datum _____

Name, Vorname (Druckschrift) Patient / Erziehungsberechtigter _____

Unterschrift _____

Name, Vorname (Druckschrift) Beratender Arzt _____

Unterschrift _____

Privatdozentin Dr. med. Tina Buchholz • Fachärztin für Humangenetik • Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Pfarrrstrasse 14 • 80538 München • Tel 089 – 2323939-0 • Fax 089 – 2323939-11 • info@gyn-gen-lehel.de