

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zytogenetisches Labor:
Friedrichstraße 38 - 40
01067 Dresden

e-mail: info@praxisverbund-humangenetik.de

Labor: Tel.: 0351 / 492 78 900 Fax: 0351 / 492 78 955
Alle Formulare finden Sie unter: www.praxisverbund-humangenetik.de

Anforderungsbeleg Molekulare Karyotypisierung (Array-CGH)

Hinweise zu Materialgewinnung und Versand

Blut

- Zur molekularen Karyotypisierung wird mit **EDTA** versetztes Vollblut (rote Monovette) benötigt (2-5 ml).
- Das Blut kann ungekühlt auf dem Postweg versendet werden.

DNA

- Mindestmenge: 3 µg

Bei Einsendung von anderen Materialien bitten wir um telefonische Rücksprache.

Einsender: (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Tel.:

Fax:

Überweisungsschein privat stationär ambulant

Datum der Materialentnahme: Material: Blut DNA

Indikationen zur Molekularen Karyotypisierung (Oligo Array CGH):

- isolierte Intelligenzminderung (IQ < 70) bei einem Menschen älter als 3 Jahre
- geistige Behinderung mit Dysmorphiezeichen in mindestens zwei Systemen
- tiefgreifende Entwicklungsstörung des Autismus- Formenkreises
- multiple angeborene Fehlbildungen
- multiple dysmorphologische Merkmale bei Verdacht auf chromosomale Imbalance
- Sonstiges

klinische Angaben:

- Dysmorphiemerkmale** _____
- Entwicklungsverzögerung**
 - Motorik Sprache
- angeborene Fehlbildungen**
 - Kardiovaskulär Urogenital
 - Skelett ZNS
 - Sonstige _____
- auffällige Wachstumsparameter**
 - Minderwuchs Hochwuchs
 - Mikrozephalie Makrozephalie
- neurologische Symptome**
 - Epilepsie Muskelhypotonie
- Verhaltensauffälligkeiten**
 - Autismus Hyperaktivität
- Sonstiges** _____

Anamnese:

- | | ja | nein |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Konsanguinität der Eltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bekannte Diagnose (Patient) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche: _____ | | |
| bekannte familiäre Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche: _____ | | |

Einweisende(r) Ärztin (Arzt):

Molekulare Karyotypisierung