



Patientin

Einsender (Stempel) – Unterschrift

Überweisungsschein Privat Stationär EV liegt bei

Nr. (wird vom Labor vergeben)

Nachrichtlich an

Datum der Entnahme

Anforderung einer pränatalen genetischen Untersuchung

1. Angaben zur Patientin

Schwangerschaftswoche + Tage: rechn. _____ + _____ : nach US _____ + _____ , L.P.:

Geschlechtsmitteilung erwünscht: ja nein

2. Material

_____ ml Fruchtwasser _____ mg Chorionzotten _____ ml Nabelschnurblut

3. Analysen

konventionelle Zytogenetik DNA-Isolierung
 Schnelltest (FISH) anderes
 ACHE, AFP

4. Indikation

- Alter der Patientin _____
- vorausgegangene Chromosomenstörung _____
- auffälliger Ultraschallbefund _____
(bitte nähere Angaben) _____
- auffälliger Triple-Test oder
auffälliges Ersttrimesterscreening
(bitte nähere Angaben) _____
- anderes _____