



Universitätsklinik für Kinderheilkunde  
 Abteilung Humangenetik  
 Molekulargenetisches Labor E815  
 3010 Bern  
 Tel: 031 632 94 46, Fax: 031 632 94 84, Rohrpost: 20880  
<http://www.kinderkliniken.insel.ch/de/kinderkliniken/kinderheilkunde/kiheil-humangenetik/genetik-unterlagen>

PATIENT	
Name/Vorname:	.....
Geb.-Datum:	.....
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Strasse:	.....
PLZ/Ort:	.....

## AUFTRAGSFORMULAR FÜR MOLEKULARGENETISCHE UNTERSUCHUNG

DIAGNOSE / FRAGESTELLUNG
.....
.....
.....

AUFTRAGGEBER	
Name/Vorname:	.....
Strasse:	.....
PLZ/Ort:	.....

KLINISCHE ANGABEN / BEMERKUNGEN
<input type="checkbox"/> Indexpatient
<input type="checkbox"/> Mutter/Vater/.....von Indexpatient (Name, Vorname, Geb.):
.....
<input type="checkbox"/> Bestehende Schwangerschaft      SSW:.....
Klinische Angaben:.....
.....
Bemerkungen:.....
.....
.....

BEFUNDKOPIEN
.....
.....

RECHNUNGSSTELLUNG (sofern nicht an Patient)	
Name/Vorname:	.....
Strasse:	.....
PLZ/Ort:	.....

UNTERSUCHUNGSMATERIAL
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (4 ml)* <input type="checkbox"/> DNA (Nr.:.....)
<input type="checkbox"/> Mundschleimhautzellen <input type="checkbox"/> Muskel
<input type="checkbox"/> Chorionzotten (>25mg)** <input type="checkbox"/> Fibroblasten
<input type="checkbox"/> Nasenepithelzellen
<input type="checkbox"/> .....
Entnahmedatum:.....
* Kleinkinder: mind. 1 ml
** Bitte EDTA-Blut der Mutter mitschicken (Ausschluss mütterliche Kontamination)

**ACHTUNG:**  
 Untersuchungsmaterial zusammen mit unterschiedlicher  
Einverständniserklärung (siehe Homepage oder → [Link](#)) einsenden.  
 Ohne Einverständniserklärung kann die Analyse nicht  
 durchgeführt werden.

STAMMBAUM
.....

(wird vom Labor ausgefüllt)	
Pat.-Nr.:	.....
Fam.-Nr.:	.....
Eingangdatum:	.....

