

Universitätsklinik für Kinderheilkunde
 Abteilung für Humangenetik
 3010 Bern
 Telefon 031 632 94 46 Fax 031 632 94 84
 www.kinderkliniken.insel.ch/kiheil-humangenetik.html

Patient:
Name/Vorname
Geb.-Datum
Geschlecht
Strasse
PLZ/Ort

Auftragsformular für pränatale und postnatale zytogenetische Untersuchung
 Zusammen mit unterschriebener Einverständniserklärung und Untersuchungsmaterial einsenden!

<input type="checkbox"/> Indexpatient
<input type="checkbox"/> Angehöriger von _____ Name/Vorname, Geb. Indexpatient
Diagnose/Fragestellung: _____
Klin. Angaben/Laborwerte: _____
Bemerkungen: _____

Auftraggeber:

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

Pränatal

Klinische Angaben:
<input type="checkbox"/> Anzahl Schwangerschaften <input type="checkbox"/> Anzahl Geburten
<input type="checkbox"/> Dat. letzte Menstr. _____ <input type="checkbox"/> SSW _____
<input type="checkbox"/> Mutter >35 Jahre
<input type="checkbox"/> pos. Erst-Trimester-Test
<input type="checkbox"/> anamn. Aneuploidie
<input type="checkbox"/> fam. Chromosomen-Anomalie
<input type="checkbox"/> foetale Missbildungen Ultraschall
<input type="checkbox"/> mütterl. Besorgnis
<input type="checkbox"/> andere _____

Postnatal

<input type="checkbox"/> Mentale Retardierung
<input type="checkbox"/> Missbildung
<input type="checkbox"/> Infertilität
<input type="checkbox"/> andere _____

Untersuchungsmaterial:
<input type="checkbox"/> Amniozentese
<input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie
<input type="checkbox"/> andere _____

<input type="checkbox"/> Heparin-Blut
<input type="checkbox"/> Fibroblasten
<input type="checkbox"/> Plazenta
<input type="checkbox"/> foetales Gewebe
<input type="checkbox"/> andere _____

Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Karyotyp
<input type="checkbox"/> Pränataler Schnelltest (QF-PCR)
<input type="checkbox"/> AFP-Bestimmung*
<input type="checkbox"/> Array CGH
<input type="checkbox"/> andere _____

<input type="checkbox"/> Karyotyp
<input type="checkbox"/> Schnelltest (QF-PCR)
<input type="checkbox"/> Array-CGH
<input type="checkbox"/> MLPA bzw. FISH (Syndrome/chrom. Region)
<input type="checkbox"/> Lymphoblasten-Zell-Linie
<input type="checkbox"/> andere _____

*Fremdlabor (LMZ-Dr. Risch, Bern)

Durchgeführte Analysen	wird vom Labor ausgefüllt	Eingangsdatum: _____
<input type="checkbox"/> 02.2000.00 Zell- oder Gewebekultur	<input type="checkbox"/> 02.2700.00 DNS-Banking	
<input type="checkbox"/> 02.2001.00 Karyotyp	<input type="checkbox"/> 02.2018.05 Reihen -Hybridisierung in situ oder genomisch, konstitutioneller Karyotyp oder maligne Hämopathien, pauschal für 8 oder mehr	
<input type="checkbox"/> 02.2002.00 Zuschlag für über 25 analysierte Zellen	<input type="checkbox"/> 02.2003.00 Zuschlag für über 50 analysierte Zellen	
<input type="checkbox"/> 02.2007.00 Zuschlag für labortechn.u.logist.Mehraufwand	<input type="checkbox"/> 02.2018.00 In-situ-Hybridisierung an Metaphasen- oder Interphasekernen	
<input type="checkbox"/> 02.2004.00 Zusätzliche Färbung	_____	
<input type="checkbox"/> 02.2350.02 QF-PCR	_____	
<input type="checkbox"/> 02.2021.00 Extraktion		
<input type="checkbox"/> 02.2020.00 Komplexer Bericht		

Datum: _____

Unterschrift: _____