

**UNTERSUCHUNGSauftrag
CHROMOSOMENANALYSE**



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

	DFÜ-Nummer
--	------------

--

<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> (vor-/nach-)stationär
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> KVB I-III	<input type="checkbox"/> KVB IV	<input type="checkbox"/> Post B <input type="checkbox"/> Student

Entnahmedatum _____	Uhrzeit _____	Ort _____	Versand _____	Eingang _____
<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Choriongewebe	<input type="checkbox"/> Plazentagewebe	<input type="checkbox"/> Fetalblut	<input type="checkbox"/> Venenblut <input type="checkbox"/> Abortmaterial

nachrichtlich:

Schnelltest (PCR)

13,18,21,XY 21

Mikrodeletionssyndrom _____

Pränatale Chromosomendiagnostik

Indikation

- Alter _____ Triple-Diagnostik DS-Risiko 1: _____ Serum-AFP-Erhöhung _____ MoM
- fam. Chromosomenbefund/fam. Erbkrankheit _____
- vorangegangene SS mit Auffälligkeiten/Chromosomenaberration _____
- auffälliger US-Befund _____
- Psyche/Sonstiges _____

Anamnese

1. Tag der letzten Regel _____ ; vollendete SSW (rechn.) _____ + _____ Tage; vollendete SSW (lt. US) _____ + _____ Tage
 gesunde Kinder _____ Aborte _____ Totgeburten _____ kranke Kinder _____
 vorausgegangene genetische Beratung/Chromosomenanalyse
 wann _____ wo _____

Postnatale Chromosomendiagnostik

Indikation

- habituelle Aborte Verdacht auf Chromosomenaberration _____
- vorangegangenes Kind mit Chromosomenaberration _____
- Retardierung/Fehlbildung _____
- Sonstiges _____

Anamnese

primäre Amenorrhoe sekundäre Amenorrhoe
 auffällige Stigmata _____

Dokument: UA Chromosomenanalyse

Praxisstempel/Unterschrift