

## Untersuchungsauftrag postnatale Chromosomenanalyse



Versand ungekühlt , 2-5 ml Blut in Li-Heparin Blut

Patientenaufkleber

- Überweisungsschein 10
- Privatrechnung an Patienten
- Rechnung an Krankenhaus

### Indikation

♀       ♂

### gewünschte Diagnostik

Blutentnahme am \_\_\_\_\_

- Chromosomenanalyse
- FISH-Diagnostik

Locus \_\_\_\_\_

Name/Stempel des einsendenden Arztes  
FON / FAX

Datum  
Unterschrift Arzt/Ärztin

### **Einverständnis des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters (gemäß GenDG)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten Chromosomenanalyse bei mir / meinem Kind und der dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahme.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift (Patient/-in / gesetzl. Vertreter)