

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis		Datum			

Begleitschein zur postnatalen Chromosomenanalyse

Einsender

Bericht erbeten an

Probenentnahme

Kostenträger

- privat stationär amb. Kassenpatient
 männlich weiblich
 Befundmitteilung an Patient/in ja nein

- Indikation**
- Familiäre Belastung, wenn ja, welche
 Wiederholte Fehlgeburten, Totgeburten
 Körperliche und geistige Entwicklungsverzögerungen
 Dysmorphiezeichen
 Fertilitätsstörungen
 Unerfüllter Kinderwunsch
 Sonstiges

- Untersuchungsmaterial Blut** 5 ml Venenblut mit Heparin
- Klassische Chromosomenanalyse
 Mikrodeletionssyndrome, wenn ja, welche
 Subtelomeranalyse

- Untersuchungsmaterial Blut** 5ml EDTA-Blut
- CGH-Array Analyse

- Untersuchungsmaterial Abort** Abort in NaCl spontan induziert

Detaillierte Hinweise zur Entnahme, Lagerung, Transport etc. finden Sie unter www.dr-lemmens.de

- Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin/ des (gesetzlichen) Vertreters liegt vor

Ort / Datum / Unterschrift