

Patientendaten:

Einsender:

Untersuchungsanforderung Gynäkologie/Reproduktionsmedizin

Indikation: _____ SSW: _____

Material:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser (10-20ml) (F) | <input type="checkbox"/> Heparinblut (5ml) (H) |
| <input type="checkbox"/> Chorionzottenbiopsie (1g) (Ch) | <input type="checkbox"/> Serum (5ml) (S) |
| <input type="checkbox"/> Abortmaterial (3-5g) (A) | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (5ml) (E) |
| | <input type="checkbox"/> Citrat-Blut (5ml) (C) |

Pränataldiagnostik:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (F) (Ch) |
| <input type="checkbox"/> Interphase-FISH (F) (Ch)
(für Chromosom 13, 18, 21, X und Y) |

Proteindiagnostik:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ACHE (S) |
| <input type="checkbox"/> AFP (S) |
| <input type="checkbox"/> PAPP-A (S) |
| <input type="checkbox"/> Triple-Test (S) |

Postnataldiagnostik:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (H) | <input type="checkbox"/> Subtelomerscreening (H) |
| | <input type="checkbox"/> Mikrodeletionssyndrom (welches?) (H) |

Diagnostik habitueller Aborte:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse des Abortes (A) |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse beider Partner (H) |
| <input type="checkbox"/> Ploidiebestimmung (DNA-Zytometrie) (A) |

Immunologie:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> EAI-Test (Fc-Rez.-block.-Ak) (S) |
| <input type="checkbox"/> Histokompatibilitätsantigene (E) |
| <input type="checkbox"/> Antiphospholipid-Ak (C) |

Thrombophiliediagnostik (koagulometrisch):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Protein C (C) |
| <input type="checkbox"/> Protein S (C) |
| <input type="checkbox"/> APC-Resistenz (C) |

Thrombophiliediagnostik (molekulargenetisch):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Faktor II (E) |
| <input type="checkbox"/> Faktor V (E) |
| <input type="checkbox"/> MTHFR (E) |
| <input type="checkbox"/> PAI I (E) |

Sonstiges:

Datum:

Unterschrift: