

Auftrag Genomische Instabilitätssyndrome Funktionell

Institut für klinische Genetik und Genommedizin, UKW, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geb.

Kostenträger:

Gesetzlich (GKV)

- ambulant
- stationär
- OPS 1-942
- OPS 1-944
- Fanconi-Register
- EWOG MDS

Privat

- ambulant
- stationär
- Fanconi-Register
- EWOG MDS

MATERIAL: Ca. 10 ml Heparin-Blut

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen:

Tel.: 0931-201-29931, FAX: 0931-201-6029931, E-mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

G-Nr.:

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Material

- peripheres Vollblut (Heparin)
- leukämisches Blut (Heparin)
- Knochenmark (Heparin)
- DNA
- Hautgewebe
- Fibroblastenkultur
- Fruchtwasser
- Amnionzellen
- Chorionzotten

Verdachtsdiagnose

- Fanconi-Anämie
- Ataxia telangiectasia ★
- Nijmegen-Breakage-Syndrom ★
- zelluläre Radiosensitivität ★
- klinisch gesichert
- differentialdiagnostisch
- Ausschluss
- prädiktiv
- Pränataldiagnostik

★ Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!

Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!

Geburtsgewicht:

- Postnataler Minderwuchs: ja nein
- Mikrocephalie: ja nein
- Ohrfehlbildungen: ja nein
- Angeborene Herzfehler: ja nein
- Geistige Retardierung: ja nein
- Infertilität: ja nein

- Pigmentstörungen der Haut: ja nein
- Mikrophthalmie: ja nein
- Radialstrahlanomalien: ja nein
- Nierenanomalien: ja nein
- Genitalfehlbildungen: ja nein
- Leukämie / Malignome: ja nein

Andere Fehlbildungen:

Hämatologische Veränderungen:

Knochenmarkbefund:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name (bitte in Druckschrift) und

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Stempel des verantwortlichen Arztes