

KANTONSSPITAL AARAU AG Zentrum für Labormedizin
5001 Aarau Tel 062 838 53 02 Fax 062 838 53 99
Zytogenetisches Labor: 062 838 61 07 oder
Dr. med. Benno Röthlisberger 062 838 53 00
Abteilung für Molekularbiologie: 062 838 53 19

Arzt / Name, Adresse des Auftraggebers (Stempel)

.....
.....
.....
.....

Patienten-Etikette od. Pat.-Angaben

Geschlecht: weiblich männlich
Name:
Vorname:
Geb. Datum:
Strasse:
PLZ / Ort:
Rechnung an: Patient Auftraggeber

Untersuchungsauftrag postnatale Chromosomenanalyse

Probeentnahme und Transport: Für die Analyse wird unbedingt **heparinisiertes Vollblut** benötigt. Bei Erwachsenen bitten wir um ca. **5ml** Blut, bei Kleinkindern reichen 2-3ml aus. Versand bitte sofort (nicht über das Wochenende) ungekühlt an das Zentrum für Labormedizin. Für eine telefonische Anmeldung des Untersuchungsauftrages danken wir bestens.

Entnahmedatum:

.....

Material (Menge):

.....

Indikation bzw. klinische Befunde:

(bitte möglichst detaillierte Angaben, z.B. Erscheinungsbild, Entwicklung, Körpermasse, Symptome, Besonderheiten usw.)

.....

Besonderheiten in der Familienanamnese:

(z.B. angeborene Fehlbildungen, Behinderungen, rezidivierende Aborte, Totgeburten usw. bei Geschwistern, Kindern, Eltern u. anderen nahen Verwandten)

.....

Einen allfälligen Stammbaum bitte mit folgenden Symbolen zeichnen:

- männlich
- weiblich
- betroffen
- Paar
- blutsverwandtes Paar
- verstorben

siehe Rückseite!

Bei Kindern: Angaben zu Eltern und Geschwistern

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	gesund/behindert

Zusätzliche FISH-Untersuchungen:

<input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom	<input type="checkbox"/> Steroid-Sulfatase-Defizienz
<input type="checkbox"/> Cri-du-Chat-Syndrom	<input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom
<input type="checkbox"/> Kallmann-Syndrom	<input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom
<input type="checkbox"/> Mikrodeletion 22q11 (Di-George-Syndrom, Velokardiofaciales Syndrom)	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom	_____
<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom	_____

Bemerkungen, Kommentar, weitere Angaben:

Einverständniserklärung postnatale Chromosomenanalyse:

Bitte vom Patient, bzw. bei Kindern und Unmündigen von Eltern bzw. Vormund unterschreiben lassen.

Ich wünsche die Durchführung der postnatalen Chromosomenanalyse

Name:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Nachbestellung von Auftragsformularen

10Ex.

20Ex.

50Ex.