

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kostenträgerkennung	Versichertenr.	Status
Betriebsstättennr.	Arztnr.	Datum
Arztstempel		

Versichertenstatus:

- Ambulant**  
(bitte Überweisungsschein  
Muster 10 mit Diagnose &  
Auftrag)

**Ambulanzzentrum  
der MHH GmbH**

**Fachbereich Humangenetik  
OE 6300  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover**

Angestelltes ärztliches Personal:  
**Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato**  
(Fachbereichsleitung),  
**Dr. med. Bernd Auber** (Stellvertretung)  
und Kolleginnen und Kollegen



**DAkKS**  
Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-18291-01-00

## Untersuchungsauftrag zur molekularzytogenetischen Diagnostik (FISH)

**Ansprechpartnerin:** Prof Dr. med. Anke Bergmann, Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

**Materialannahme:** Montag bis Freitag (8 bis 16 Uhr), Samstag (8 bis 12 Uhr),

**Untersuchungsmaterial:** Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung: Heparin-Blut, ggf. ungefärbte Blutausstriche, Chromosomenpräparate

**Versand:** möglichst mittels GO! Express innerhalb von 24h (Tel. Nr. 0511 – 515 184 100; Kundennummer: 176036)

### Material:

- Heparin-Blut       Blut-Ausstriche x \_\_\_\_\_       sonstiges (nur nach Rücksprache) \_\_\_\_\_

Datum der Materialentnahme: \_\_\_\_\_ - Achtung - nicht eindeutig beschriftetes Material müssen wir verwerfen!

### Untersuchung:

- FISH (bei auffälligem Befund einer numerischen Aberration erfolgt zusätzlich eine Chromosomenbänderungsanalyse)

- CepX/SRY (unklares Geschlecht)  
 Trisomie 13  
 Trisomie 18  
 Trisomie 21  
 Williams-Beuren-Syndrom  
 DiGeorge-Syndrom/ Velocardiofaziales-Syndrom

- andere (nur nach Rücksprache Tel. s.o.) \_\_\_\_\_

Einwilligungserklärung  
nach GenDG umseitig  
ausfüllen!

Hinweis: bei V. a. Prader-Willi-Syndrom/Angelman-Syndrom > bitte Anforderung als Methylierungssensitive MLPA-Analyse über unseren Untersuchungsauftrag „Molekulargenetische Untersuchung bei erblichen Erkrankungen / Stufendiagnostik bei Entwicklungsstörung“

### Indikation, Verdachtsdiagnose, klinische Symptome und Dysmorphiezeichen:

Für Rückfragen/Befundmitteilungen bitte Ihre Telefonnummer hier eintragen: \_\_\_\_\_, ggf. Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

