

## Anforderungsformular ABORTDIAGNOSTIK

Daten des/der PatientIn		ZuweiserIn	
	NAME, VORNAME in Blockbuchstaben		
	Geburtsdatum                      PatientInnen-ID ( <i>optional</i> ) Zum <b>Ausschluss einer maternalen Kontamination</b> wird zusätzlich zum Abortmaterial eine Probe der Patientin benötigt!		Einsendende Einrichtung / Abteilung
			E-Mail-Adresse(n) für den vorläufigen Befund

Probe	<b>Probenart:</b> <input type="checkbox"/> Fetales Gewebe <input type="checkbox"/> Chorionzottergewebe <input type="checkbox"/> Anderes Material:	Probe der Patientin:	<input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut Abstrich <input type="checkbox"/> Anderes Material:
	<b>Entnahme-Datum:</b>		<b>Entnahme-Datum:</b>

Indikation	<b>Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose / Anamnese</b> ( <i>Zusatzunterlagen ggf. in Kopie beifügen</i> )
	Schwangerschaftswoche:

Einverständnis	Ich bin mit der molekulargenetischen Analyse aus Abortmaterial, sowie der Analyse zum Ausschluss einer maternalen Kontamination einverstanden.	
		<b>DATUM, UNTERSCHRIFT der PATIENTIN</b>

EINE ANALYSE KANN NUR MIT <b>VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTEM UND UNTERSCHRIEBENEM ANTRAGSFORMULAR</b> SOWIE EINER <b>UNTERSCHRIEBENEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</b> ERFOLGEN!	
	<b>DATUM, UNTERSCHRIFT des/der ZUWEISERS/IN</b>