

Anforderungsformular ABORTDIAGNOSTIK

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

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

Indikation	Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose / Anamnese (<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.	
		DATUM, UNTERSCHRIFT der PATIENTIN

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