

Name, Vorname der Patientin _____

geb. am. _____

Adresse: _____

Zytogenetisches Labor:
 Friedrichstraße 38 - 40
 01067 Dresden

Labor: Tel.: 0351 / 492 78 900 Fax: 0351 / 492 78 955
 Alle Formulare finden Sie unter: www.praxisverbund-humangenetik.de

Anforderungsbeleg und Laborarbeitsblatt

- Zweittrimesterscreening auf Trisomie 21**
- Screening auf Neuralrohrdefekt-Risiko (nur AFP-Bestimmung)**

(ab 14. Schwangerschaftswoche)

Klinische Daten:

Probenentnahme: Tag: _____ Uhrzeit: _____

Serumgewinnung: Tag: _____ Uhrzeit: _____

Material: Vollblut / Serum

Serum eingefrosten: JA / NEIN

Tag der sonogr. Untersuchung: _____

Einsender: (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Tel.: _____ Fax: _____

SSW bei Probenentnahme: Wochen + Tage
 rechnerisch: _____ + _____

sonografisch: _____ + _____

Gewicht: _____ kg

Mehrlingsschwangersch.: ja / nein

Kostenträger:

- GKV**
(bitte Überweisungsschein Formular 10 beilegen)
- Privatpatient**
(bitte Patienten-Adresse angeben)
- selbstzahlender Kassenpatient**
(bitte Patienten-Adresse angeben)

Ab hier nur vom Labor auszufüllen!

Ergebnisse:

AFP i. S. _____ U/ml = _____ MoM

freies β -H C G i. S. _____ U/l = _____ MoM

Altersrisiko für Down-Syndrom: _____

berechnetes Down-Syndrom-Risiko aus Alter/AFP/ f. β -HCG (gewichtskorrigiert): _____

Interpretation:

Zusammenfassung:

 Wissenschaftlicher Bearbeiter