

Datum :

**ANFORDERUNG : Zytogenetische Chromosomenuntersuchung aus Blut**

NAME- Frau: _____ geb.am: _____
Adresse: _____
Tel.: _____
NAME- Mann: _____ geb.am: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

<b>INDIKATION :</b> _____
Konsanguinität: _____
Kinder: _____
Aborte (Schwangerschaftswoche): _____
Krankheiten in der Familie: _____

<b>ZUWEISENDER ARZT:</b> _____
Adresse: _____
Tel.: _____ FAX: _____
Befund(e) an: _____