

Datum :

**ANFORDERUNG : Zytogenetische Chromosomenuntersuchung aus Fruchtwasserzellen,
inkl. Alphafetoprotein-Bestimmung**

NAME _____

geb.am : _____

Adresse: _____

Tel.: _____

INDIKATION : _____

Schwangerschaftswoche: _____

vorangegangene Schwangerschaften: _____

Kinder: _____

Aborte (Schwangerschaftswoche): _____

ZUWEISENDER ARZT: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ FAX: _____

Befund an: _____

Will die Patientin das Geschlecht des Kindes wissen?

JA

NEIN

FISH – Schnelltest erwünscht?

JA

NEIN