

# Anfrage für molekul. Diagnostik der AZF-Gene

Bitte diesen Fragebogen mit Blutprobe (20 ml Vollblut: EDTA Röhrchen) und Überweisungsschein mitschicken an:

Universitätsklinikum Heidelberg  
Abt. Gyn., Endokrinologie&Fertilitätsstörungen  
Direktor: Prof. Dr. T. Strowitzki  
FAX: 06221-5633710  
Tel: 06221 567914 Labor  
567916 Sekretariat

Gebäude 4255;Vossstrasse 9  
69115 Heidelberg  
Sektion: Mol. Genetik&Fertilitätstörungen  
Leiter: PD. Dr. Peter H. Vogt

Datum:

## Patient

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Absender

Arzt: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

## Anamnese:

### klinische Diagnostik:

Körper-Größe:

Spermiogramm (Spermien pro ml):

Gonadenanomalien:

Hodenvolumen (links und rechts):

Variokozele:

Gynäkomastie:

Hodentumor:

*bitte Befunde beifügen*

### Hormonwerte:

FSH:

Gonadotropine:

LH:

Testosteron:

*bitte Befunde beifügen*

## Diagnosestellung:

### cytogenetische Diagnostik:

Karyotyp: 47,X<sub>1+n</sub>Y; Mosaik ?

*bitte Befunde beifügen*

**WICHTIG!:** Bitte tragen Sie ALLE klinischen Werte ein UND legen die Befunde mit dem Überweisungsschein in Kopie bei.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes