

Anfrage für molekulare Y Diagnostik (GBY Locus)

Bitte diesen Begleitzettel mit Blutprobe (5-10ml Vollblut in EDTA Röhrchen) mitschicken oder faxen !!

Universitätsklinikum Heidelberg
Abt. Gynäkol. Endokrin. & Infertilität
Direktor: Prof. Dr. T. Strowitzki
Fcz: 06221'56/33710
Tel 06221'56-7914 Labor; 56-7916 Sekreteriat

Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Sektion für Reproduktionsgenetik
Leiter: Prof. Dr. rer nat. Peter H. Vogt

Datum: _____

Patient

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

Absender

Arzt: _____
Adresse: _____
Tel-FAX: _____

Anamnese:

klinische Diagnostik:

Körper-Größe:

Gonaden-Anomalie (Ultraschall):

Gonaden-Anomalie (Histologische Biopsie):

Gonadenblastom:

bitte Befunde beifügen

Hormonwerte:

FSH:

Gonadotropine:

LH:

Testosteron:

bitte Befunde beifügen

cytogenetische Diagnostik:

Karyotyp: 45,X/46,X_{1+n}+ Y Marker; Mosaik ?

bitte Befunde beifügen

Diagnosestellung: **Gonadendysgenese** **TURNER-Syndrom**

WICHTIG!: Bitte tragen Sie ALLE klinischen Ergebnisse ein UND legen die Befunde in Kopie bei.