

Anfrage für molekulare POF-Gen-Diagnostik

Bitte diesen Begleitzettel mit Blutproben (1 Serumröhrchen, 2 EDTA-Röhrchen und 1 Heparin-Röhrchen, falls Karyotyp noch nicht vorliegt) mitschicken, oder an die Sektion hÄt 'Tgr tqf wmkpui gpgvm faxen!!

Universitätsklinikum Heidelberg
Abt. Gynäkol. Endokrinologie und Fertilitätsstörungen
Direktor: Prof. Dr. T. Strowitzki

Sektion für Reproduktionsgenetik
Leiter: Prof. Dr. rer. nat. Peter H. Vogt
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Tel.: Lab: 06221 56-7914 Sekretariat: 56-7916
Fax: 06221 56-33710

Datum: _____

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Arzt-Absender

Arzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Eigenanamnese:

1. Welche **Zyklusstörung** liegt vor? _____ Primär () Sekundär ()
2. Datum der **letzten spontanen Regelblutung:** _____
3. Menarchenalter: _____
4. Haben **Schwangerschaften** bestanden? **nein () ja ()**, wann, wie viele?
G: _____ P: _____ **Aborte:** _____
5. Sind weitere **gynäkologische Erkrankungen** bekannt: **nein () ja ()**, welche?

6. **Ist eine Autoimmunkrankheit** bekannt? **nein () ja ()**, welche?

7. **Kinder- und Infektionskrankheiten:** **nein () ja ()**, welche?

8. Sind **genetische Auffälligkeiten** bekannt: **nein () ja ()**, welche? _____
9. Besteht eine **Galaktosämie**? **nein () ja ()**
10. Besteht oder bestand ein **Tumorleiden**? **nein () ja ()**, welches, wann war die Erstdiagnose?

11. Erfolgte eine **Bestrahlung u./o. Chemotherapie**? **nein () ja ()**, wann, wie lange?

12. **Operationen?** **nein () ja ()**, welche? _____
13. Wurde eine **Hormonbehandlung** durchgeführt? **nein () ja ()**, welche, mit welchem Ergebnis?

bitte wenden!

14. Derzeitige **Medikamenteneinnahme:** **nein () ja (), welche?** _____

15. **Nikotin:** **nein () ja (),** Z.n. () PY _____

16. **Alkohol:** **nein () gelegentlich ()** **mehr (), wie viel?** _____

Familienanamnese:

1. Ist **POF** in der Familie bekannt? **nein () ja (), bei wem** in welchem **Alter** eingetreten?

2. Sind **Autoimmunkrankheiten** in der Familie bekannt? **nein () ja (), welche?**

3. **Sonstige** Erkrankungen in der Familie: **nein () ja (), welche?**

Untersuchungsbefunde:

1. **Gynäkologischer** Befund: **unauffällig () auffällig (), was?** _____

2. **BPES** (Blepharophimosis, Ptosis und Epicanthus inversus Syndrom)? **nein () ja ()**
(Enge Lidspalte, hängendes Oberlid, Hautfalte vom Unterlid ausgehend zur Nase hin nach oben verstreichend)

3. **Sonstige** somatische Auffälligkeiten: **nein () ja (), welche?** _____

4. **Sonographie** kleines Becken : **nein () ja (), wenn ja, bitte Sonobogen ausfüllen !**

5. **Laparoskopie:** **nein () ja ()** Befund: _____

Hormonwerte

(bitte vermerken, wenn Werte unter Hormontherapie abgenommen wurde und die Art der Therapie beschreiben)

FSH: 1. Wert : _____ Datum: _____ Karyotyp: _____
2. Wert : _____ Datum: _____ *(Befunde bitte beifügen)*

LH: 1. Wert : _____ Datum: _____
2. Wert : _____ Datum: _____

Oestradiol: Wert: _____ Datum: _____

zytogenetische Diagnostik:

Auto-Immunantikörper: (ANA, Anti-Thyreoglobulin, TPO-Antik.)

negativ () positiv (), wenn ja welche? Titerhöhe?

ANA: _____ Anti-Thyreoglobulin: _____ TPO-Antikörper: _____

WICHTIG!: Bitte tragen Sie **ALLE** bekannten Ergebnisse ein **UND** legen die Befunde wenn möglich in Kopie bei. Die molekulare POF-Gen-Untersuchung ist kostenlos; Die Chromosomendiagnostik ist dafür jedoch Voraussetzung; falls nicht vorhanden, bitte einen Überweisungsschein u. 10 ml Heparin-Blut beifügen.

Unterschrift des Arztes: _____

Sonographiebogen für POF-Patientinnen

Bitte diesen Begleitzettel mitschicken, oder an die Sektion Molekulargenetik & Fertilitätsstörungen faxen!!

Universitätsklinikum Heidelberg
Abt. Gynäkol. Endokrinologie und Fertilitätsstörungen
Direktor: Prof. Dr. T. Strowitzki

Sektion für Reproduktionsgenetik
Leiter: Prof. Dr.rer.nat. Peter H. Vogt
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Tel.: Lab: 06221 56-7914 Sekretariat: 56-7916
Fax: 06221 56-33710

Datum: _____

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Arzt-Absender

Arzt: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Sonographiebefund:

1. Uterus: Größe: _____
Schleimhautdicke: _____

2. Ovar: Größe: rechts: _____
links: _____

Follikel: rechts: nein () ja (), wenn ja, bitte ausfüllen:

Größe:	Anzahl:
< 10 mm	_____
10-12 mm	_____
12-14 mm	_____
14-16 mm	_____
16-18 mm	_____
18-20 mm	_____

links: nein () ja (), wenn ja, bitte ausfüllen:

Größe:	Anzahl:
< 10 mm	_____
10-12 mm	_____
12-14 mm	_____
14-16 mm	_____
16-18 mm	_____
18-20 mm	_____

Unterschrift des Arztes: _____