

**Humangenetik/Klinische Genetik**

Univ.-Prof. DDr. med. Johannes Zschocke  
Peter-Mayr-Straße 1 / 1.OG  
6020 Innsbruck  
Tel.: 0512-9003-70531  
Fax.:0512-9003-73510

**Untersuchungsmaterial:**

Plazenta      Gewicht: \_\_\_\_\_      Tag der Geburt: \_\_\_\_\_      SSW: \_\_\_\_\_  
 Embryo/Fetus      Gewicht: \_\_\_\_\_      Scheitel-Steiß-Länge: \_\_\_\_\_      Scheitel-Fersen-Länge: \_\_\_\_\_

**Anforderung:**

**Klinische Informationen:**

**Abort:**       induziert       spontan       Intrauteriner Fruchttod, festgestellt am \_\_\_\_\_  
 V. a. Infektion       \_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsanamnese:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonografie:**       unauffällig  
 auffällig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fetale Fehlbildungen:       Nein       Ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pränataldiagnostik:**  Nein       Ja      Befund/Labor: \_\_\_\_\_

**Eigen- und Familienanamnese:** \_\_\_\_\_

**Weitere Informationen:** \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung (PatientIn):** Ich bin damit einverstanden, dass ggf. genetische Analysen (z.B. Chromosomen, DNA) aus fetalem Gewebe (z.B. Eihaut, Hautbiopsie) durchgeführt werden.

Name: \_\_\_\_\_      Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Einsender (Ärztin/Arzt)**      Name: \_\_\_\_\_      Telefon: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_