

GKK für	BKK der	VA des Osterr. Bergbauers	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	9 Zwischen- staatl. Soz.		<b>GT</b>
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

**An: Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck**  
 Direktor: Univ.-Prof. DDr. med Johannes Zschocke  
 Peter-Mayr-Str. 1, 6020 Innsbruck, Tel. 0512-9003-70531



**Anforderung humangenetischer Leistungen**

<b>Familienname(n)</b>	<b>Vorname(n)</b>	<b>Versicherungsnummer</b>
<b>Patient</b>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
<b>Anschrift</b>		
<b>Versicherter</b> (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Tag Monat Jahr
<b>Beschäftigt bei</b> (Dienstgeber, Dienstort)		
<b>Kostenübernahme/Status:</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Privat		
..... <b>Ausstellungstag</b>		
..... <b>Unterschrift und Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes</b>		

**Diagnose/Fragestellung:** .....

**Gewünschte Untersuchung/Leistung:**  Genetische Beratung

Chromosomenanalyse  DNA-Array  FISH (ggf. Schnelltest)

Molekulargenetik  Asservierung von DNA, Fibroblasten etc.

Genauere Angaben/Sonstiges: .....

**Probenmaterial:** *Entnahmedatum:* .....

EDTA-Vollblut (für DNA-Extraktion)  Heparin-Vollblut (für Chromosomen)

Chorionzotten  Fruchtwasser  Abortgewebe/Biopsien

Knochenmark  Ausstriche  Extrahierte DNA

Sonstiges .....

Genauere Angaben: .....

*Feld nicht beschriften*

**Zusatzinformationen bei Kinderwunschpaaren**

**Anamnese/klinische Befunde:** (relevante Unterlagen bitte in Kopie beifügen)

unerfüllter Kinderwunsch  habituelle Aborte  Sonstiges: .....

**Frau:** Endokrinologie:  unauffällig  POF bzw. hypergonadotroper Hypogonadismus  hypogonadotroper Hypogonadismus  
 v.a. adrenogenitales Syndrom  Sonstiges: .....

**Mann:** Spermogramm:  unauffällig  pathologisch:  Azoospermie  Oligozoospermie: ..... Mio/ml  
 andere Auffälligkeiten: .....

Endokrinologie:  unauffällig  hypergonadotroper Hypogonadismus  hypogonadotroper Hypogonadismus

Sonstiges/Details/Zusatzinformationen (Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.): .....

**Spezifische molekulargenetische Analysen:**

**Frau:**  FMR1  CYP21A2  Sonstiges: .....

**Mann:**  CFTR  AZF  Sonstiges: .....

**Anfordernde/r Arzt/Ärztin:** .....  
 Name, Vorname Datum Unterschrift  
 .....  
 Telefon-Nr. (für Rückfragen) Fax-Nr.

**Patienteneinwilligung: bitte auf separatem Formular ausfüllen.**