

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.		GT
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

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer								
Patientin		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td></td> </tr> </table> (Geburtsdatum)					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr								
Anschrift										
Versicherter (nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)										
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td></td> </tr> </table>							Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr								
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)										
Kostenübernahme/Status: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Privat										
..... Ausstellungstag										
..... Unterschrift und Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes										

Diagnose:

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 Pränataldiagnostik

Indikation: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

mütterliches Alter auffälliges Ersttrimesterscreening Pränatest besonderes Krankheitsrisiko Fetale Auffälligkeiten

Details/Sonstiges:

Anamnese/Schwangerschaft: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

Am (Datum): SSW nach Ultraschall: Errechnete SSW: Einling Mehrling Gravida: Para:

Weitere Informationen (Aborte, Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.):.....

Befund an:

Anfordernde/n Ärztin/Arzt bzw. Spital: per Brief per Fax Nr. Fax und Brief

per Fax an zusätzliche/n Fachärztin/arzt: Fax Nr.

Befundmitteilung an die Schwangere durch: Anfordernde/n Ärztin/Arzt o.g. Fachärztin/arzt **(unbedingt angeben!)**
 (Nach genetischer Beratung in der Schwangerschaft erfolgt die Befundmitteilung an die Schwangere in der Regel durch die Humangenetik.)

Anfordernde/r Arzt/Ärztin:
 Telefon-Nr. (Rückfragen) Name Datum Unterschrift

Patientinneneinwilligung

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Analyse aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse und der Befundübermittlung an die genannten Ärzte einverstanden.

.....
 Name Datum Unterschrift