

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
Patient		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Anschrift		
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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		

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 zur genetischen Diagnostik

Anforderung (Details):	<input type="checkbox"/> Selber betroffen <input type="checkbox"/> Überträgerdiagnostik <input type="checkbox"/> Prädiktive Diagnostik <input type="checkbox"/> Pränataldiagnostik	<i>Bei spezifischer Analyse:</i> <input type="checkbox"/> Ausschlussdiagnostik <input type="checkbox"/> Diagnosesicherung
.....		
Probenmaterial: • Molekulargenetik (Mutationsanalyse, MLPA, DNA-Arrays): 2-8 ml EDTA-Vollblut (Säuglinge 1-3 ml) • Chromosomenanalysen , FISH-Analysen (molekulare Zytogenetik): 5-10 ml Heparin-Vollblut (Säuglinge 1-3 ml)		

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

.....

.....

Ethnische Herkunft (Wichtig bei rezessiven Erkrankungen): Konsanguinität

Vorausgegangene genetische Analysen (in der Familie): (Bitte Namen der untersuchten Personen angeben, externe Vorbefunde in Kopie beilegen.)

.....

Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten (separates Formular) liegt bei wird nachgereicht

Befund per Fax an zusätzliche/n Fachärztin/arzt:
 (Einverständnis der/des Patientin/en liegt vor) Fax Nr.

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