Anforderung Medizinische Genetik

Humangenetik Innsbruck

GKK für	BKK der	VA des Österr. Berg-baues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegs-hinter-bliebene(r)	9 Zwischen-staatl. Soz.		G T

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

An: Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck

Direktor: Univ.-Prof. Dr.med Ph.D. Johannes Zschocke
Peter-Mayr-Str. 1, 6020 Innsbruck, Tel. 0512-9003-70531

Medizinische Universität Innsbruck

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient

Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)

☐ **weiblich** ☐ **männlich**

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Kostenübernahme/Status: ☐ **Ambulant** ☐ **Stationär** ☐ **Privat**

Ausstellungstag

Unterschrift und Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes

Fragestellung: .....

.....

.....

.....

.....

Gewünschte Untersuchung/Leistung: ☐ Sprechstunde/Beratung

☐ Chromosomen ☐ DNA-Array ☐ FISH (ggf. Schnelltest)

☐ Molekulargenetik ☐ DNA-Asservierung ☐ Stoffwechselanalyse

Sonstiges: .....

Probenmaterial: *Entnahmedatum:* .....

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

☐ Chorionzotten ☐ Fruchtwasser ☐ Abortgewebe/Biopsien

☐ Knochenmark ☐ Ausstriche ☐ Extrahierte DNA

☐ Sonstiges :

.....

Feld nicht beschriften

Für Rückfragen: ....

Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben **Telefon-Nr.** **Email**

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. .....

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*

Zusatzinformationen

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

☐ Selber betroffen
☐ Prädiktive Analyse
☐ Überträgerdiagnostik
☐ Ausschlussdiagnostik
☐ Pränataldiagnostik

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ethnische Herkunft (wichtig bei rezessiven Erkrankungen): ..... ☐ Konsanguinität

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

.....