

Anforderung: Genetische Testung im Tumorgewebe Gynäkologische Onkologie – Humangenetik



**Probe senden an: Labor für Klinische Biochemie,
Univ.-Frauenklinik, FKK, 2. Stock (Rohrpost: 12)**

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

Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer												
Patient		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>Tag</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Monat</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Jahr</small></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"><small>(Geburtsdatum)</small></td> </tr> </table>					<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>		<small>(Geburtsdatum)</small>			
<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>												
<small>(Geburtsdatum)</small>														
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich														
Anschrift														
Versicherter <small>(Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)</small>														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 25%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>Tag</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Monat</small></td> <td style="text-align: center;"><small>Jahr</small></td> <td></td> </tr> </table>							<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>					
<small>Tag</small>	<small>Monat</small>	<small>Jahr</small>												
Beschäftigt bei <small>(Dienstgeber, Dienstort)</small>														
Kostenübernahme/Status: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Privat														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px dotted black;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Ausstellungstag</p> </div> <div style="width: 45%; border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px dotted black;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Unterschrift und Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes</p> </div> </div>														

Diagnose:

Gewünschte Untersuchung (an Tumorgewebe):

Panelsequenzierung

Angaben zum Tumorgewebe: Entnahmedatum:

Extrahierte DNA (aus Lab. für Klin. Biochemie, an Humangenetik):

Extraktionsdatum, ggf. Menge:

Feld nicht beschriften

Zusatzinformationen

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

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

Einverständniserklärung (Patientin)

Ich wurde über die Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt und habe das entsprechende Informationsblatt erhalten. **Mir ist bewusst, dass die Untersuchung nicht nur Aussagen über meine Tumorerkrankung und Möglichkeiten der Behandlung ergeben sondern auch Hinweise auf eine erbliche Krebsneigung liefern kann.** Falls eine fraglich erbliche Veränderung nachgewiesen wird, wird die Bedeutung des Befundes für mich selber und meine Angehörigen im Rahmen einer ausführlichen **genetischen Beratung** besprochen. Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Analyse meiner/m betreuenden Ärztin/Arzt mitgeteilt wird und meine Daten EDV-technisch verwaltet werden.

Ich bin mit der molekulargenetischen Analyse in meinem Tumorgewebe einverstanden.

Patientin:

Name, Vorname	Datum	Unterschrift
----------------------	--------------	---------------------

Anfordernde/r Arzt/Ärztin:

Telefon-Nr. (Rückfragen)	Name	Datum	Unterschrift
---------------------------------	-------------	--------------	---------------------