



Anforderungsbogen Humangenetisches Konsil

Bitte als Fax senden an 73510 (Klinikintern)

Direktor:
Prof. Dr. med. J. Zschocke Ph.D.
Peter-Mayr-Str. 1
A-6020 Innsbruck

Tel: (+43) 512-9003-70531
Fax: (+43) 512-9003-73510
humgendiag@i-med.ac.at
www.humgen.at

Station: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax _____ (Station)

Anfordernde/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname):

Tel.-Nr. _____ (Ärztin/Arzt)

Patient/in (Aufkleber)
Nachname, Vorname

Geb.-Datum: _____

Geschlecht: weibl. männl.

(Verdachts-)Diagnose/Fragestellung:

Anamnese: _____

Familienanamnese: unauffällig auffällig weil: _____

Konsanguinität: nein ja Verwandtschaftsgrad: _____

Bei Patienten mit Entwicklungsstörung/geistiger Behinderung/Syndromverdacht:

Schwangerschaft/Geburt normal: ja nein Besonderheiten: _____

Geburt nach ____ SSW. Geburtsmaße (Perzentile): Gewicht _____ g (P ____) Länge _____ cm (P ____) KU _____ cm (P ____)

Aktuelle Maße (Perzentile): Gewicht _____ g (P ____) Länge _____ cm (P ____) KU _____ cm (P ____)

Befunde	Nein	Ja	
Organfehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Dysmorphien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Psychomot. Retardierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
Neuromusk. Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details: _____
HNO-/Augen-Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund: _____

Bildgebung (MRT, Röntgen etc.): _____

Labordiagnostik (Klin. Chemie, Stoffwechsel, Genetik): _____

Terminwunsch: _____

Anlagen: Arztbriefe Fotos anderes, und zwar _____



Konsiliarische Stellungnahme

Direktor:
Prof. Dr. med. J. Zschocke Ph.D.
Peter-Mayr-Str. 1
A-6020 Innsbruck

Tel: (+43) 512-9003-70531
Fax: (+43) 512-9003-73510
humgendiag@i-med.ac.at
www.humgen.at

Patient: Nachname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Klinisch genetischer Untersuchungsbefund: _____

_____ Fotodokumentation: nein ja

Bewertung, (Verdachts-)Diagnose: _____

Procedere/Empfehlungen: _____

Labordiagnostik empfohlen: nein ja , und zwar _____

Andere Diagnostik empfohlen: nein ja , und zwar _____

Genetische Beratung empfohlen: nein ja , und zwar _____

Ausführlicher Bericht folgt: nein ja Datum: _____

Name (Humangenetiker/in): _____ **Unterschrift** _____