

ÖGK für	SVS GW / LW	BVAEB OEB / EB	BKK der	andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionisten	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	Zwischen- Staatl. Soz. Land:	
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!				

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



Patient*in Versicherungsnummer
[][][][][][][][][]

Tag Monat Jahr
(Geburtsdatum)

Familienname(n) **Vorname(n)**

weiblich männlich

Anschrift

Versicherte*^r [][][][][][][][][]

Tag Monat Jahr
(Geburtsdatum)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Abrechnungsmodus: **Stempel zuweisende*^r Vertrags(fach)ärztin/arzt**
Bei Kliniken: Kostenstellenaufkleber

ambulant
 stationär
 Rechnung an Zuweiser*in
 Rechnung an Patient*in
(FB Kostenübernahme notwendig!!!)

.....
Ausstellungstag **Unterschrift**

Fragestellung:

.....

.....

Gewünschte Untersuchung/Leistung: Sprechstunde/Beratung
 Chromosomen DNA-Array FISH (ggf. Schnelltest)
 Molekulargenetik Asservierung Stoffwechselanalyse

Sonstiges:

Analysentyp: Diagnostisch Prädiktiv (GTG-relevant*)
 Pränatal Segregation Überträgerdiagnostik

Probenmaterial: *Entnahmedatum:*

EDTA-Vollblut Heparin-Vollblut (für Chromosomen)
 Chorionzotten Fruchtwasser Abortgewebe/Biopsien
 Knochenmark Ausstriche Extrahierte DNA
 Plasma Serum Trockenblutkarte
 Harn Sonstiges:

Feld nicht beschriften

Für Rückfragen:
Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben Telefon-Nr. Email

Schriftliche Einverständniserklärung Patient*in (separates Formular) liegt bei wird nachgereicht nicht notwendig (Stoffw.-Analyse)

**Bitte beachten: Prädiktive Analysen auf künftige Erkrankungsrisiken (GTG Typ 3 od. 4) können bei uns entsprechend ÖGH-Empfehlungen und Sozialversicherungsvorgaben nur im Rahmen einer fachärztlichen medizinisch-genetischen Beratung durchgeführt werden. Bitte ggf. Nachweis beifügen.*

Befund auch an zusätzliche/n Fachärztin/arzt:
(Einverständnis von Patient*in liegt vor) Fax Nr.

- Probenmaterial:*
- **Molekulargenetik** (Mutationsanalyse, MLPA, DNA-Arrays): 2-4 ml **EDTA-Vollblut** (Säuglinge 1-2 ml)
 - **Chromosomenanalysen, FISH-Analysen** (molekulare Zytogenetik): 5-8 ml **Heparin-Vollblut**
 - **Biochemische Genetik, Stoffwechselanalysen** 1,5 ml EDTA-/Heparin-Vollblut, 50 µl Plasma, mind. 2 Felder bei Trockenblutkarte

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen, ggf. Indexpat. angeben) Status der Person:
 Selber erkrankt
 Risiko zukünftige Erkrankung
 Risiko für Kinder
 Familienangehörige*^r

.....

.....

.....

Ethnische Herkunft (wichtig bei rezessiven Erkrankungen): Elterliche Konsanguinität

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

.....

***Beratung durch FÄ/FA für Medizinische Genetik?** (notwendig für prädiktive Analysen)

Nein
 Ja, durch (Person, Ort, Jahr)