

ÖGK für	SVS GW / LW	BVAEB OEB / EB	BKK der	andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionisten	7 Kriegs- Hinter- bliebene(r)	9 Zwischen- staatl.Soz.
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes streichen!			

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)		
Abrechnungsmodus:	Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes	
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	bei Kliniken: Kostenstellenaufkleber	
<input type="checkbox"/> Rechnung an Zuweiser		
<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient (FB Kostenübernahme notwendig!!!)		
..... Ausstellungstag Unterschrift	

Diagnose/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 bei Kinderwunschpaaren

Anamnese/klinische Befunde: (relevante Unterlagen bitte in Kopie beifügen)

unerfüllter Kinderwunsch habituelle Aborte Sonstiges:

Frau: Endokrinologie: unauffällig POF bzw. hypergonadotroper Hypogonadismus hypogonadotroper Hypogonadismus

V.a. adrenogenitales Syndrom Sonstiges:

Mann: Spermogramm: unauffällig pathologisch: Azoospermie Oligozoospermie: Mio/ml

andere Auffälligkeiten:

Endokrinologie: unauffällig hypergonadotroper Hypogonadismus hypogonadotroper Hypogonadismus

Sonstiges/Details/Zusatzinformationen (Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.):.....

.....

Spezifische molekulargenetische Analysen:

Frau: FMR1 CYP21A2 Sonstiges:

Mann: CFTR AZF Sonstiges:

.....

Name, Geb.-Datum des/r Partners/in, ggf. bestehende Befundnummer (ZMGI):

Anfordernde/r Arzt/Ärztin:

Name, Vorname **Datum** **Unterschrift**

.....

Telefon-Nr. (für Rückfragen) **Fax-Nr.**

.....

Patienteneinwilligung: bitte auf separatem Formular ausfüllen.