

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. DDr. med Johannes Zschocke
 Peter-Mayr-Str. 1, 6020 Innsbruck, Tel. 0512-9003-70531



Anforderung humangenetischer Leistungen

Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer								
Patientin		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td></td> </tr> </table> (Geburtsdatum)					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr								
Anschrift										
Versicherter (nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)										
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> </table>						Tag	Monat	Jahr		
Tag	Monat	Jahr								
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)										
Abrechnungsmodus:										
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Rechnung an Zuweiser <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient (FB Kostenübernahme notwendig!!!)										
Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes bei Kliniken: Kostenstellenaufkleber										
..... Ausstellungstag Unterschrift									

Diagnose:

.....

.....

Gewünschte Untersuchung/Leistung:

Genetische Beratung

Chromosomenanalyse DNA-Array FISH (ggf. Schnelltest)

Molekulargenetik Asservierung von DNA, Fibroblasten etc.

Begutachtung von Fetten

Genauere Angaben/Sonstiges:

.....

Probenmaterial: **Entnahmedatum:**

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

Chorionzotten Fruchtwasser Abortgewebe/Biopsien

Knochenmark Ausstriche Extrahierte DNA

Sonstiges

Feld nicht beschriften

Zusatzinformationen bei Prä- und Perinataldiagnostik

Indikation: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

mütterliches Alter auffälliges Ersttrimesterscreening Pränatetest besonderes Krankheitsrisiko Fetale Auffälligkeiten

Details/Sonstiges:

.....

Anamnese/Schwangerschaft: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

Am (Datum): SSW nach Ultraschall: Errechnete SSW: Einling Mehrling Gravida: Para:

Weitere Informationen (Aborte, Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.):.....

.....

Befund an:

Anfordernde/n Ärztin/Arzt bzw. Spital: per Brief per Fax Nr. Fax und Brief

per Fax an zusätzliche/n Fachärztin/arzt: Fax Nr.

Befundmitteilung an die Schwangere durch: Anfordernde/n Ärztin/Arzt o.g. Fachärztin/arzt **(unbedingt angeben!)**

(Nach genetischer Beratung in der Schwangerschaft erfolgt die Befundmitteilung an die Schwangere in der Regel durch die Humangenetik.)

Anfordernde/r Arzt/Ärztin:

Telefon-Nr. (Rückfragen) Name Datum Unterschrift

Patientinneneinwilligung

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Analyse aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse und der Befundübermittlung an die genannten Ärzte einverstanden.

.....

Name Datum Unterschrift