

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**

<b>Familiename(n)</b>	<b>Vorname(n)</b>	<b>Versicherungsnummer</b>								
<b>Patientin</b>		<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								
<b>Anschrift</b>										
<b>Versicherter</b> (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								
<b>Beschäftigt bei</b> (Dienstgeber, Dienstort)										
<b>Abrechnungsmodus:</b>										
<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										
..... <b>Ausstellungstag</b>	..... <b>Unterschrift</b>									

**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