Anforderung: Genetische Testung im Tumorgewebe
Gynäkologische Onkologie – Humangenetik

Probe senden an: Labor für Klinische Biochemie, Univ.-Frauenklinik, FKK, 2. Stock (Rohrpost: 12)

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

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

Patient

Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)

☐ **weiblich** ☐ **männlich**

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Abrechnungsmodus:

☐ ambulant

☐ stationär

☐ Rechnung an Zuweiser

☐ Rechnung an Patient
(FB Kostenübernahme notwendig!!!)

Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes

bei Kliniken: Kostenstellenaufkleber

....
Ausstellungstag **Unterschrift**

Diagnose: .....

.....

Gewünschte Untersuchung (an Tumorgewebe):

☐ Panelsequenzierung ☐ .....

.....

Angaben zum Tumorgewebe: *Entnahmedatum:* .....

.....

.....

Extrahierte DNA (aus Lab. für Klin. Biochemie, an Humangenetik):

Extraktionsdatum, ggf. Menge: .....

.....

Feld nicht beschriften

Zusatzinformationen

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

.....

.....

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

.....

.....

Einverständniserklärung (Patientin)

Ich wurde über die Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse aufgeklärt und habe das entsprechende Informationsblatt erhalten. **Mir ist bewusst, dass die Untersuchung nicht nur Aussagen über meine Tumorerkrankung und Möglichkeiten der Behandlung ergeben sondern auch Hinweise auf eine erbliche Krebsneigung liefern kann.** Falls eine fraglich erbliche Veränderung nachgewiesen wird, wird die Bedeutung des Befundes für mich selber und meine Angehörigen im Rahmen einer ausführlichen **genetischen Beratung** besprochen. Ich bin damit einverstanden, dass das Ergebnis der Analyse meiner/m betreuenden Ärztin/Arzt mitgeteilt wird und meine Daten EDV-technisch verwaltet werden.

Ich bin mit der molekulargenetischen Analyse in meinem Tumorgewebe einverstanden.

Patientin: ....
Name, Vorname **Datum** **Unterschrift**

Anfordernde/r Arzt/Ärztin: ....
Telefon-Nr. (Rückfragen) **Name** **Datum** **Unterschrift**