

**FB ANFORDERUNG HUMGEN KONSIL**

**Anforderungsbogen  
Humangenetisches Konsil**

Bitte als Fax senden an 73510 (Klinikintern)

Direktor:  
Prof. DDr. med. J. Zschocke  
Peter-Mayr-Str. 1  
A-6020 Innsbruck  
  
Tel: (+43) 512-9003-70531  
Fax: (+43) 512-9003-73510  
humgendiag@i-med.ac.at  
www.humgen.at

Station: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ (Station)

Anfordernde/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname):  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ (Ärztin/Arzt)

**Patient/in (Aufkleber)**  
Nachname, Vorname  
\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: weibl.  männl.

**(Verdachts-)Diagnose/Fragestellung:**

Anamnese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familienanamnese: unauffällig  auffällig  weil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konsanguinität: nein  ja  Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Bei Patienten mit Entwicklungsstörung/geistiger Behinderung/Syndromverdacht:**

Schwangerschaft/Geburt normal: ja  nein  Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Geburt nach \_\_\_\_ SSW. Geburtsmaße (Perzentile): Gewicht \_\_\_\_\_ g (P \_\_\_\_ ) Länge \_\_\_\_\_ cm (P \_\_\_\_ ) KU \_\_\_\_\_ cm (P \_\_\_\_ )

Aktuelle Maße (Perzentile): Gewicht \_\_\_\_\_ g (P \_\_\_\_ ) Länge \_\_\_\_\_ cm (P \_\_\_\_ ) KU \_\_\_\_\_ cm (P \_\_\_\_ )

Befunde	Nein	Ja	Details:
Organfehlbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dysmorphien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychomot. Retardierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromusk. Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HNO-/Augen-Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Befund: _____

Bildgebung (MRT, Röntgen etc.): \_\_\_\_\_

Labordiagnostik (Klin. Chemie, Stoffwechsel, Genetik): \_\_\_\_\_

Terminwunsch: \_\_\_\_\_

Anlagen:  Arztbriefe  Fotos  anderes, und zwar \_\_\_\_\_



## Konsiliarische Stellungnahme

Direktor:  
Prof. DDr. med. J. Zschocke  
Peter-Mayr-Str. 1  
A-6020 Innsbruck  
  
Tel: (+43) 512-9003-70531  
Fax: (+43) 512-9003-73510  
humgendiag@i-med.ac.at  
www.humgen.at

**Patient:** Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

**Klinisch genetischer Untersuchungsbefund:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fotodokumentation: nein  ja

**Bewertung, (Verdachts-)Diagnose:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Procedere/Empfehlungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Labordiagnostik empfohlen: nein  ja , und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere Diagnostik empfohlen: nein  ja , und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genetische Beratung empfohlen: nein  ja , und zwar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausführlicher Bericht folgt: nein  ja  Datum: \_\_\_\_\_

**Name** (Humangenetiker/in): \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_