

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



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

Fragestellung:

.....

.....

.....

Gewünschte Untersuchung/Leistung: Sprechstunde/Beratung

Chromosomen DNA-Array FISH (ggf. Schnelltest)
 Molekulargenetik Asservierung Stoffwechselanalyse

Sonstiges:

Probenmaterial: **Entnahmedatum:**

EDTA-Vollblut Heparin-Vollblut (für Chromosomen)
 Chorionzotten Fruchtwasser Abortgewebe/Biopsien
 Knochenmark Ausstriche Extrahierte DNA
 Plasma Serum Trockenblutkarte
 Sonstiges:

Feld nicht beschriften

Für Rückfragen:

Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben **Telefon-Nr.** **Email**

Schriftliche Einverständniserklärung Patient/in (separates Formular) liegt bei wird nachgereicht nicht notwendig (Stoffw.-Analyse)

Befund per Fax an zusätzliche/n Fachärztin/arzt:
 (Einverständnis der/des Patientin/en liegt vor) Fax Nr.

- Probenmaterial:**
- **Molekulargenetik** (Mutationsanalyse, MLPA, DNA-Arrays): 2-8 ml **EDTA-Vollblut** (Säuglinge 1-3 ml)
 - **Chromosomenanalysen, FISH-Analysen** (molekulare Zytogenetik): 5-10 ml **Heparin-Vollblut**
 - **Biochemische Genetik, Stoffwechselanalysen** 1,5 ml EDTA-/Heparin-Vollblut, 50 µl Plasma, mind. 2 Felder bei Trockenblutkarte

Zusatzinformationen

Klinische Informationen/Vorgeschichte: (relevante Unterlagen bitte beifügen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ethnische Herkunft (wichtig bei rezessiven Erkrankungen): Konsanguinität

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

.....