



ZUWEISUNG ZUR HUMANGENETISCHEN DIAGNOSTIK (postnatal)

ANGABEN ÜBER ZUWEISENDE/N (Stempel oder BLOCKSCHRIFT)	KOSTENÜBERNAHME
Nachname:	<input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei
Klinik/Abteilung:	<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus/Einrichtung
Straße/PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Privatrechnung an Patient/in
Telefon/Mail:	

ANGABEN ÜBER BETROFFENE:N /RATSUCHENDE:N (Patientenetikett oder BLOCKSCHRIFT und für korrekte Diagnostik-Abwicklung vollständig ausfüllen!)	
Nachname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich
Straße/PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> weiblich
Fragestellung:	
Patient/in ist:	<input type="checkbox"/> symptomatisch <input type="checkbox"/> asymptomatisch
	<input type="checkbox"/> Indexpatient/in <input type="checkbox"/> nicht Indexpatient/in ⇨ Name IndexPatient/in:
Familienstammbaum:	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> nicht relevant/vorhanden
Klin. Informationen:	<input type="checkbox"/> liegen bei <input type="checkbox"/> nicht relevant/vorhanden
Anmerkungen:	

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG (unterzeichnete Einverständniserklärung verpflichtend mitsenden!)	
<input type="checkbox"/> (Molekular)Zytogenetische Analyse: NATRIUM- oder LITHIUM-HEPARIN-BLUT (5-10 ml, Neugeborene 1-3 ml)	
<input type="radio"/> Karyogramm (Chromosomenanalyse)	<input type="radio"/> FISH
<input type="checkbox"/> Molekulargenetische Analyse: EDTA-BLUT (5-10 ml, Neugeborene 1-3 ml)	
<input type="checkbox"/> DNA-Versand	<input type="checkbox"/> Mikrodeletions-/duplikationssyndrome
<input type="checkbox"/> DNA-Asservierung	<input type="checkbox"/> Charcot-Marie-Tooth 1A (CMT1/HNPP Region)
<input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut-Versand (nur nach Rücksprache mit der Abteilung)	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie Becker/Duchenne (DMD)
<input type="checkbox"/> Y-Screening bei Azoospermie/Oligozoospermie (AZF, SRY)	<input type="checkbox"/> RETT-Syndrom (MECP2)
<input type="checkbox"/> Y-Ausschluss bei Turner-Syndrom (SRY)	<input type="checkbox"/> SHOX-Analyse (SHOX)
<input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (CFTR) & CFTR –assoziierte Krankheiten	<input type="checkbox"/> Spinale Muskeldystrophie (SMA)
Ethnische Herkunft:	<input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom
<input type="checkbox"/> Fragiles X-Syndrom (FMR1)	<input type="checkbox"/> Beckwith-Wiedemann-Syndrom
<input type="checkbox"/> Prämatüre Ovarialinsuffizienz (FMR1)	<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom
<input type="checkbox"/> X-Inaktivierungsmuster	<input type="checkbox"/> Pseudohypoparathyroidismus Typ 1b
<input type="checkbox"/> Morbus Huntington	<input type="checkbox"/> Silver-Russell-Syndrom
<input type="radio"/> diagnostisch	<input type="checkbox"/> Myotone Dystrophie (DMPK)
<input type="radio"/> prädiaktiv (genetische Beratung vor Diagnostik erforderlich!)	<input type="checkbox"/> Exom (genetische Beratung vor Diagnostik erforderlich – nur nach Rücksprache mit Abteilung)
<input type="checkbox"/> Microarray (Molekulare Karyotypisierung)	<input type="checkbox"/> Sonstige Anfrage (Gen, OMIM – nur nach Rücksprache mit Abteilung):
<input type="checkbox"/> Connexin26-bedingte autosomal vererbte Hörstörung (GJB2 + GJB6)	
<input type="checkbox"/> Keratitis-Ichthyosis-Taubheitssyndrom	

Für die jeweiligen Analysen werden benötigt:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Untersuchungsmaterial (Art des Probenmaterials siehe gewünschte Untersuchung)	
<input checked="" type="checkbox"/>	schriftliche Einverständniserklärung des/der Betroffenen/Ratsuchenden oder dessen/deren Erziehungsberechtigte/r oder Erwachsenenvertreters/in* (Formular abrufbar unter www.salk.at/3397.html)	
<input checked="" type="checkbox"/>	bei ambulanten Besuchen ist ein chefärztlich bewilligter Überweisungsschein erforderlich	
Hiermit bestätige ich, dass mir das schriftliche Einverständnis des/der Betroffenen / Ratsuchenden zur Durchführung der oben gewählten Untersuchung(en) vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz stattgefunden hat.		
.....
Datum	Nachname/Vorname einsendende/r Arzt/Ärztin (BLOCKSCHRIFT)	Unterschrift einsendende/r Arzt/Ärztin

* Nach §69 des Gentechnikgesetzes darf eine genetische Analyse des Typs 2, 3 oder 4 nur durchgeführt werden, wenn die zu untersuchende Person (bzw. Erziehungsberechtigter bei unmündigen Minderjährigen oder bestellter Erwachsenenvertreter) schriftlich bestätigt hat, dass sie durch einen Facharzt für Humangenetik/Medizinische Genetik oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt wurde und aufgrund dieses Wissens mit der Analyse einverstanden ist. Wir streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Sollten Sie diesbezüglich Vorschläge für die von uns angebotenen Dienstleistungen haben, freuen wir uns auf ihre schriftlichen Rückmeldungen mittels Feedback-Bogen (auf unserer Homepage zu finden), oder per Mail an untenstehende Mailadresse.

