



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:			
Probenahme: Datum:	Uhrzeit:		
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"/> Kardiomyopathie Panel		
<input type="checkbox"/> DNA-Asservierung	<input type="checkbox"/> Microarray (Molekulare Karyotypisierung)		
<input type="checkbox"/> Adipositas Panel (syndromal / nicht syndromal)	<input type="checkbox"/> Mody Diabetes Panel		
<input type="checkbox"/> Androgenitales Syndrom / CYP21A2	<input type="checkbox"/> Morbus Huntington - diagnostisch/prädiktiv (genetische Beratung vor Diagnostik erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Beckwith-Wiedemann-Syndrom	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie Becker/Duchenne (DMD)		
<input type="checkbox"/> Charcot-Marie-Tooth 1A (CMT1/HNPP Region/Panel)	<input type="checkbox"/> Myotone Dystrophie (DMPK)		
<input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (CFTR) & CFTR -assoziierte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom / Angelmann Syndrom		
<input type="checkbox"/> Epidermolysis bullosa Panel	<input type="checkbox"/> Pseudohypoparathyreoidismus Typ1b		
<input type="checkbox"/> Epilepsie Panel	<input type="checkbox"/> Rett Syndrom (MECP2-Gen)		
<input type="checkbox"/> Exom	<input type="checkbox"/> SHOX-Analyse (SHOX)		
<input type="checkbox"/> Fragiles X-Chromosom (FMR1)-assoziierte Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Silver-Russel Syndrom		
<input type="checkbox"/> Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / BRCA1/BRCA2	<input type="checkbox"/> Spinale Muskelatrophie (SMA)		
<input type="checkbox"/> Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / HBOC Zusatzgene	<input type="checkbox"/> Y-Screening bei Azoospermie/Oligozoospermie (AZF, SRY)		
<input type="checkbox"/> Hörstörung Panel (syndromal/nicht syndromal)	<input type="checkbox"/> Ziliendyskinesie Panel		
<input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie Panel	<input type="checkbox"/> Nachforderung zu bereits im Labor vorhandener DNA-Probe		
<input type="checkbox"/> Weitere Genpanels (siehe Link auf unserer Homepage https://salk.at/26573.html)			
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 https://salk.at/27071.html)			
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.

