



## ZUWEISUNG ZUR HUMANGENETISCHEN DIAGNOSTIK (pränatal)

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/Fax//Mail: .....	

ANGABEN ÜBER RATSUCHENDE (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: .....
Anmerkungen: .....	

GEWÜNSCHTE PRÄNATALUNTERSUCHUNG (unterzeichnete Einverständniserklärung verpflichtend mitsenden!)		
Entnahmedatum: .....		
<b>Probenmaterial:</b>		
<input type="checkbox"/> Chorionzotten <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Abortgewebe/Biopsien		
<input type="checkbox"/> Extrahierte DNA <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....		
<input type="checkbox"/> <b>(Molekular)Zytogenetische Analyse:</b>		
<input type="radio"/> Karyogramm (Chromosomenanalyse) <input type="radio"/> FISH		
<input type="radio"/> Pränataler Schnelltest <input type="radio"/> Microarray		
<input type="checkbox"/> <b>Molekulargenetische Analyse: monogene Erkrankungen nach Rücksprache</b>		
.....		
<b>Zusatzinformation bei Pränataldiagnostik:</b>		
<u>Indikation:</u>		
<input type="checkbox"/> mütterliches Alter <input type="checkbox"/> Auffälliges Ersttrimesterscreening <input type="checkbox"/> Pränatest		
<input type="checkbox"/> Besonderes Krankheitsrisiko <input type="checkbox"/> Fetale Auffälligkeiten		
Details/Sonstiges: .....		
<u>Anamnese/Schwangerschaft:</u>		
Am (Datum): .....	SSW nach Ultraschall: .....	Errechnete SSW: .....
<input type="checkbox"/> Einling <input type="checkbox"/> Mehrling    Gravida: .....	Para: .....	
Weitere Informationen (Aborte, Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.):		
.....		
.....		

<b>Für die jeweiligen Analysen werden benötigt:</b>		
✓ <b>Untersuchungsmaterial (Art des Probenmaterials siehe gewünschte Untersuchung)</b>		
✓ <b>schriftliche Einverständniserklärung der Ratsuchenden oder deren Erwachsenenvertreter/in* (Formular abrufbar unter <a href="http://www.salk.at/3397.html">www.salk.at/3397.html</a>)</b>		
<b>Hiermit bestätige ich, dass mir das schriftliche Einverständnis der Ratsuchenden zur Durchführung der oben gewählten Untersuchung(en) vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz stattgefunden hat.</b>		
.....	.....	.....
<b>Datum</b>	<b>Nachname/Vorname einsendende/r Arzt/Ärztin</b>	<b>Unterschrift einsendende/r Arzt/Ärztin</b>
	<b>(BLOCKSCHRIFT)</b>	

\* 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.

