

Überweisung Medizinische Genetik



An: **Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU**
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Dominik Westphal
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg, Tel: +43 (0)5 7255-26299

GKK für	SVS GW / LW	BVAEB OEB / EB	BKK der	Andere Kostenträger	☐ 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	☐ 5 Pensio- nist(in)	☐ 7 Kriegs- hinter- bliebene(n)	☐ Zwischen- staatl. Soz. Land:		G T
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient		
☐ weiblich ☐ männlich		
Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)		
Anschrift		
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)		
Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)		
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		
Kostenübernahme/Status: ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Privat		
Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. Ausstellungstag	 Unterschrift und Stempel des überweisender/n Vertrags(fach)arztes/ärztin	

Fragestellung:

.....

.....

.....

.....

.....

Gewünschte Untersuchung/Leistung:

- ☐ Sprechstunde/Beratung ☐ Analyse (siehe unten)

Sonstiges:

.....

Probenmaterial: Entnahmedatum Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

- ☐ EDTA-Vollblut (für DNA-Extraktion) ☐ Heparin-Vollblut (für Chromosomen)
- ☐ Chorionzotten ☐ Fruchtwasser
- ☐ Abortgewebe/Biopsien ☐ Ausstriche
- ☐ Extrahierte DNA ☐ Sonstiges:

Feld nicht beschriften

Für Rückfragen:

Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben

Telefon-Nr.

Email

Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten (separates Formular):

☐ liegt bei

☐ wird nachgereicht

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

Bitte angeben: ☐ Single (nur Indexfall) ☐ Trio (Indexfall mit Eltern)

☐ (Molekular)Zytogenetische Analyse: NATRIUM- oder LITHIUM-HEPARIN-BLUT (5-10 ml, Neugeborene 1-2 ml)	
☐ Karyogramm (Chromosomenanalyse)	☐ FISH
☐ Molekulargenetische Analyse: EDTA-BLUT (5-10 ml, Neugeborene 1-2 ml)	
Exom/Panel (in diesem Fall erfolgt eine Phänotyp-basierte Auswertung der NGS-Daten):	
Bitte Erkrankung angeben:	
Oder spezifische Untersuchung ankreuzen:	
☐ Androgenitales Syndrom / CYP21A2	☐ Microarray (Molekulare Karyotypisierung)
☐ Beckwith-Wiedemann-Syndrom	☐ Morbus Huntington
☐ Cystische Fibrose (CFTR) & CFTR –assoziierte Erkrankungen	☐ Muskeldystrophie Becker / Duchenne (DMD)
☐ Fragiles X-Chromosom (FMR1) –assoziierte Erkrankungen	☐ Myotone Dystrophie (DMPK)
☐ Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / BRCA1/BRCA2	☐ Prader-Willi-Syndrom / Angelman Syndrom
☐ Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / HBOC	☐ SHOX-Analyse (SHOX)
Zusatzgene	☐ Silver-Russell Syndrom
☐ Y-Screening bei Azoospermie / Oligozoospermie (AZF, SRY)	☐ Spinale Muskelatrophie (SMA)
☐ Sonstige DNA-Anforderungen	
☐ DNA-Versand	☐ Nachforderung zu bereits im Labor vorhandener DNA-Probe
☐ DNA-Asservierung	

Bei pränatalen Untersuchungen bitte separaten Anforderungsschein beachten!