Überweisung
Medizinische Genetik

SALK

GKK für	SVS GW / LW	BVAEB OEB / EB	BKK der	Andere Kostenträger	☐ 1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	☐ 5 Pensio-nist(in)	☐ 7 Kriegs-hinter-bliebene(r)	☐ Zwischen-staatl. Soz. Land:		G T

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen! **Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!**

An: Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU
Interim. Leitung: Priv.-Doz. Dr. Dieter Kotzot
Müllner Hauptstraße 48, 5020 Salzburg, Tel: +43 (0)5 7255-26299

Familienname(n) **Vorname(n)** **Versicherungsnummer**

Patient

Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)

☐weiblich ☐männlich

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)

Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Kostenübernahme/Status: ☐Ambulant ☐Stationär ☐Privat

Fragestellung:

……

……

……

……

……

Gewünschte Untersuchung/Leistung:

☐Sprechstunde/Beratung* ☐Analyse (siehe unten)

* Terminvereinbarung muss durch Ratsuchende selbst erfolgen

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

Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
……
Ausstellungstag

……
Unterschrift und Stempel des überweisender/n Vertrags(fach)arztes/ärztin

Für Rückfragen:

…… Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben

…… Telefon-Nr.

…… Email

Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten (separates Formular): ☐liegt bei ☐wird nachgereicht

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ (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)

- ☐ DNA-Versand
- ☐ DNA-Asservierung
- ☐ Adipositas Panel (syndromal/nicht syndromal)
- ☐ Androgenitales Syndrom / CYP21A2
- ☐ Beckwith-Wiedemann-Syndrom
- ☐ Charcot-Marie-Tooth 1A (CMT1/HNPP Region/Panel)
- ☐ Cystische Fibrose (CFTR) & CFTR –assoziierte Erkrankungen
- ☐ Epidermolysis bullosa Panel
- ☐ Epilepsie Panel
- ☐ Exom
- ☐ Fragiles X-Chromosom (FMR1) –assoziierte Erkrankungen
- ☐ Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / BRCA1/BRCA2
- ☐ Hereditary Breast and Ovarian Cancer Panel / HBOC Zusatzgene
- ☐ Hörstörung Panel (syndromal/nicht syndromal)
- ☐ Hypercholesterinämie Panel
- ☐ Kardiomyopathie Panel
- ☐ Microarray (Molekulare Karyotypisierung)
- ☐ Mody Diabetes Panel
- ☐ Morbus Huntington - diagnostisch/prädiktiv (genetische Beratung vor Diagnostik erforderlich)
- ☐ Muskeldystrophie Becker / Duchenne (DMD)
- ☐ Myotone Dystrophie (DMPK)
- ☐ Prader-Willi-Syndrom / Angelman Syndrom
- ☐ Pseudohypoparathyreoidismus Typ1b
- ☐ Rett Syndrom (MECP2-Gen)
- ☐ SHOX-Analyse (SHOX)
- ☐ Silver-Russell Syndrom
- ☐ Spinale Muskelatrophie (SMA)
- ☐ Y-Screening bei Azoospermie / Oligozoospermie (AZF, SRY)
- ☐ Ziliendyskinesie Panel
- ☐ Nachforderung zu bereits im Labor vorhandener DNA-Probe

☐ Weitere Genpanels (siehe Link auf unserer Homepage https://salk.at/campus-lkh/molekulargenetische-diagnostik)