Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU
VORSTAND: UNIV.-PROF. DR. MED. DOMINIK WESTPHAL

UNIKLINIKUM SALZBURG
LANDESKRANKENHAUS

ZUWEISUNG ZUR HUMANGENETISCHEN DIAGNOSTIK (pränatal)

ANGABEN ÜBER ZUWEISENDE/N (Stempel oder BLOCKSCHRIFT)

Nachname: .....
Klinik/Abteilung: .....
Straße/PLZ/Ort: .....
Telefon/Fax//Mail: .....

KOSTENÜBERNAHME

☐ Überweisungsschein liegt bei
☐ Rechnung an Krankenhaus/Einrichtung
☐ Privatrechnung an Patient/in

ANGABEN ÜBER RATSUCHENDE (Patientenetikett oder BLOCKSCHRIFT und für korrekte Diagnostik-Abwicklung vollständig ausfüllen!)

Nachname: ..... Geburtsdatum: .....
Vorname: ..... Geschlecht: ☐ männlich
Straße/PLZ/Ort: ..... ☐ weiblich
Fragestellung: .....
Probenahme: Datum**:** ..... Uhrzeit**:** .....
Anmerkungen: .....

GEWÜNSCHTE PRÄNATALUNTERSUCHUNG (unterzeichnete Einverständniserklärung verpflichtend mitsenden!)

Entnahmedatum: .....

Probenmaterial:

☐ **Chorionzotten** ☐ **Fruchtwasser** ☐ **Abortgewebe/Biopsien**
☐ **Extrahierte DNA** ☐ **Nabelschnurblut** ☐ **Sonstiges:** .....

☐ **(Molekular)Zytogenetische Analyse:**
- ○ **Karyogramm (Chromosomenanalyse)**
- ○ **Pränataler Schnelltest**
- ○ **FISH**
- ○ **MIcroarray**

☐ **Molekulargenetische Analyse: monogene Erkrankungen nach Rücksprache**
.....

Zusatzinformation bei Pränataldiagnostik:

Indikation:

☐ mütterliches Alter ☐ Auffälliges Ersttrimesterscreening ☐ Pränatest
☐ Besonderes Krankheitsrisiko ☐ Fetale Auffälligkeiten
Details/Sonstiges: .....

Anamnese/Schwangerschaft:

Am (Datum): ..... SSW nach Ultraschlall: ..... Errechnete SSW: .....
☐ Einling ☐ Mehrling Gravida: ..... Para: .....

Weitere Informationen (Aborte, Krankheiten/Behinderungen in der Familie, u.a.):
.....
.....

Für die jeweiligen Analysen werden benötigt:

- ✓ **Untersuchungsmaterial (Art des Probenmaterials siehe gewünschte Untersuchung)**
- ✓ **schriftliche Einverständniserklärung der Ratsuchenden oder deren Erwachsenenvertreters/in***
  (Formular abrufbar unter https://salk.at/campus-lkh/humangenetik)

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.

.....	.....	.....
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.

Alle Formulare für Untersuchungsaufträge an das Universitätsinstitut für Humangenetik der PMU Salzburg, sowie dafür relevante Informationsblätter sind als PDF unter https://salk.at/campus-lkh/humangenetik abrufbar.