

## Zuweisung zur Postnataldiagnostik

Bitte das Zuweisungsformular mit der unterschiedenen Einverständniserklärung vollständig und leserlich ausfüllen und zusammen mit dem Probenmaterial verschicken.

Patientenadresse bitte unbedingt ausfüllen!

### Patientendaten

m  w

\_\_\_\_\_  
Titel, Name, Vorname (Blockbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum    SV-Nr.    Versicherungsträger

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

### Einsender

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Blockbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Klinik/Praxis

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

### Kostenträger

Patient ambulant - bitte Überweisung beifügen!

mitversichert - bitte vollständige Datenangabe des Hauptversicherten:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherungsträger: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Patient stationär (Rechnung an Klinik)

Selbstzahler - Rechnung an:  Patient  Einsender

### Indikation, Diagnose, Fragestellung, klinische Symptomatik, Anmerkungen

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

### Untersuchungsmaterial

**peripheres Blut**

Lithium-Heparin Blut (zur Chromosomenanalyse)

EDTA Blut (bei Bedarf für Molekulargenetik)

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

(z.B. Hautstanze)

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ Probenentnahme durch: \_\_\_\_\_

**Versand von Lithium-Heparin Blut/EDTA Blut/Hautstanze bitte ungekühlt und nicht zentrifugiert (nicht über das Wochenende).**



## Gewünschte Untersuchung

Chromosomenanalyse (Lithium-Heparin Blut)

(Bei Bedarf ist es nach fachärztlicher Indikationsstellung ev. notwendig einen SNP-Array\*\* zu veranlassen -  dies wird nicht gewünscht)

FISH Schnelltest für Down Syndrom (Lithium-Heparin Blut)

(nur vorläufiger Befund, Chromosomenanalyse aus kultivierten Zellen zusätzlich notwendig)

Fluoreszenz In Situ Hybridisierung - FISH (Lithium-Heparin Blut)

Prader Willi/Angelman Syndrom

Miller-Dieker Syndrom

Cri Du Chat Syndrom

DiGeorge Syndrom

Smith-Magenis Syndrom

Williams-Beuren Syndrom

Wolf-Hirschhorn Syndrom

andere: \_\_\_\_\_

molekulargenetische Untersuchung\* (EDTA-Blut) Gen/Region: \_\_\_\_\_

(Bei CF Abklärung bitte ethnische Herkunft angeben: \_\_\_\_\_)

weitere Abklärung nach Bedarf\* (z.B. Syndromabklärung): \_\_\_\_\_

SNP-Array\*\* (EDTA Blut)

\* externe Analysen

\*\* Genomweite Analysen (z.B. SNP-Array, next generation sequencing): Die Patientin/der Patient muss über die besonderen Gegebenheiten dieser Analyse, speziell die Möglichkeit von unklaren Befunden oder Zufallsbefunden, informiert werden.

**Über Zufallsbefunde soll**

generell informiert werden

nur dann informiert werden, wenn eine Vorbeugung/Therapie möglich ist

NICHT informiert werden

## Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt?

Nein

Ja (Bitte Befunde beilegen!)

## Anamnestische Daten der Familie der Patientin/des Patienten

Für die genetische Diagnose relevante Auffälligkeiten bei Familienangehörigen (z.B. geistige Retardierung, angeborene Fehlbildungen, Muskelschwäche, Fehlgeburten, Stoffwechseldefekt, Chromosomenaberrationen, Überträgerstatus):

der Mutter:  keine/unbekannt

ja: \_\_\_\_\_

des Vaters:  keine/unbekannt

ja: \_\_\_\_\_

Sonstige:  keine/unbekannt

ja: \_\_\_\_\_

Befunde liegen bei

Befund bitte zusätzlich an:

## Einverständniserklärung

Ich wurde von Frau/Herrn Dr. .... über das Wesen, die Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Untersuchung sowie das Eingriffsrisiko informiert. Ich bin mit der Durchführung der oben angeführten Untersuchungen sowie der Befundübermittlung an die angegebenen Empfänger einverstanden. Falls die Analyse nicht am Zentrum Medizinische Genetik Linz möglich ist, bin ich mit dem Versand der Probe und den nötigen klinischen Informationen an ein anderes diagnostisches Labor im In- und Ausland einverstanden.

Überschüssiges Probenmaterial wird nach Abschluss aller Untersuchungen archiviert. Es könnte als Qualitätskontrollmaterial bei Untersuchungen oder anonymisiert in der Forschung zum Verständnis der Erkrankung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Ich bin mit der Verwendung von überschüssigem Material für Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Zwecke nicht einverstanden.

Ich  widersage, dass die Resultate aus genetischen Analysen in Arztbriefen und Krankengeschichten dokumentiert werden (§ 71a GTG).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte/Vormund