

## Zuweisung zur Postnataldiagnostik Frauen bei Sub/Infertilität bzw. Abortus habituais

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

Patientenadresse bitte unbedingt ausfüllen!

### Patientendaten ♀

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

Patientin stationär (Rechnung an Klinik)

Selbstzahler - Rechnung an:  Patientin  Einsender

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

mehrjähriger unerfüllter Kinderwunsch

unerfüllter Kinderwunsch bei Infertilität des Partners

Abortus habituais – Anzahl der Aborte: \_\_\_\_\_

mehrere erfolglose IVF- Versuche – Anzahl: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

vor Präimplantationsdiagnostik

POF (premature ovarian failure)

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

**Partner (Name, Geburtsdatum, SV-Nr.):** \_\_\_\_\_

Partner wurde bereits abgeklärt

Partner wird nicht abgeklärt

Partner folgt

### Untersuchungsmaterial

Lithium-Heparin Blut (zur Chromosomenanalyse)

EDTA Blut (bei Bedarf für Molekulargenetik)

**Blutabnahme am:** \_\_\_\_\_

**Blutabnahme durch:** \_\_\_\_\_



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

**Gewünschte Untersuchung**

- Chromosomenanalyse (Lithium-Heparin Blut)
- Faktor II und Faktor V (EDTA-Blut)\* - indiziert bei Abortus habituais
- Fragiles X (EDTA-Blut)\* - indiziert bei POF
- andere molekulargenetische Untersuchungen\* (EDTA-Blut) Gen/Region: \_\_\_\_\_  
(Bei CF Abklärung bitte die ethnische Herkunft angeben: \_\_\_\_\_)
- weitere Abklärung nach Bedarf\* (EDTA-Blut) (z.B.: SNP-Array\*\* nach fachärztlicher Indikationsstellung)

\* externe Analysen

\*\* Genomweite Analysen (z.B. SNP-Array, next generation sequencing): Die Patientin 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!)

**Anamnestiche Daten der Familie der Patientin:**

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

der Patientin:      keine/unbekannt                  ja: \_\_\_\_\_  
                              Schwangerschaften: \_\_\_\_\_  Aborte: \_\_\_\_\_  Geburten: \_\_\_\_\_

des Partners:      keine/unbekannt                  ja: \_\_\_\_\_

der Mutter:        keine/unbekannt                  ja: \_\_\_\_\_

des Vaters:        keine/unbekannt                  ja: \_\_\_\_\_

andere:            keine/unbekannt                  ja: \_\_\_\_\_

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