

## Zuweisung zur Postnataldiagnostik Männer bei Sub/Infertilität

Bitte das Zuweisungsformular mit der unterschriebenen 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: \_\_\_\_\_

Patient stationär (Rechnung an Klinik)

Selbstzahler - Rechnung an:  Patient  Einsender

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

mehrjähriger unerfüllter Kinderwunsch

Sterilitätsabklärung des Mannes bei OAT oder anderen Spermienfunktionsstörungen

Sterilitätsabklärung des Mannes bei Azoospermie und V. a. CBAVD (kongenitale bilaterale Aplasie des Vas deferens)

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

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

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

vor Präimplantationsdiagnostik

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

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

Partnerin wurde bereits abgeklärt

Partnerin wird nicht abgeklärt

Partnerin 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)
- Molekulargenetik AZF-Region (EDTA-Blut)\* - indiziert bei Spermien < 1,0 Mio/ml  
(Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_)
- Molekulargenetik CFTR-Region (EDTA-Blut)\* - indiziert bei Spermien < 1,0 Mio/ml bzw. V. a. CBAVD  
(Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_) (kongenitale bilaterale Aplasie des Vas deferens)
- andere molekulargenetische Untersuchung\* (EDTA-Blut) Gen/Region: \_\_\_\_\_
- weitere Abklärung nach Bedarf\* (EDTA-Blut) (z.B.: SNP-Array\*\* nach fachärztlicher Indikationsstellung)

\* externe Analysen

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

**Anamnestiche Daten der Familie des Patienten:**

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

- des Patienten:     keine/unbekannt                       ja: \_\_\_\_\_
- der Partnerin:     keine/unbekannt                       ja: \_\_\_\_\_
- Schwangerschaften: \_\_\_\_\_    Aborte: \_\_\_\_\_    Geburten: \_\_\_\_\_
- 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 Patient