Medizinische Universität Graz

Institut für Humangenetik
Harrachgasse 21/8, A-8010 Graz
humangenetik@medunigraz.at
Tel. +43 / 316 / 380-4111
Fax +43 / 316 / 380-9623

Untersuchungsauftrag

Tumorzytogenetik

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	☐ Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	☐ Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	☐ Privatrechnung an Patient/in
Telefon:	
Email-Adresse:	Krankenkasse. ……

Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett)

Nachname: ..... Vorname: ……..

Geb.Datum: ..... ☐ männlich ☐ weiblich

Adresse: ……

Indikation/Verdachtsdiagnose: ……

Probenabnahme - Datum: ____/____/ 20____ Uhrzeit: ____:____

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen)

Untersuchungsmaterial: ☐ Knochenmark (9 ml in Sarstedt-Li-Heparin)
☐ und / oder Natrium-Heparin-Blut (9 ml)

Diagnose: ☐ gesichert ☐ Verdacht

☐ Erstmanifestation ☐ V.a. Rezidiv
☐ Verlauf ☐ Progredienz

☐ AML ☐ ALL ☐ MDS ☐ CMML ☐ CML

☐ MPS ☐ CMPE ☐ CLL ☐ MM ☐ NHL

☐ HL ☐ PRV ☐ HES ☐ OMF ☐ Andere ……

Therapie: ☐ vor ☐ nach

☐ unter Therapie mit:……

☐ St.p. TX ☐ Spender weiblich ☐ Spender männlich

BB: Leuko.: …… Blasten: …… Hb.: …….. Thrombo.: ……..

Bemerkungen:

Das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/en ist erforderlich!
Separates Formular! Abrufbar unter http://humangenetik.medunigraz.at (Formulare; Einverständniserklärung)

Hiermit wird bestätigt, dass mir (einsendende/r Ärztin/Arzt) das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/Patienten zur Durchführung der oben gewählten humangenetischen Untersuchung vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz erfolgte.

……..	……	……
Ort, Datum	Vorname / Nachname einsendende/r Ärztin/Arzt (Druckschrift)	Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt

Probenzustellung: ungekühlt per Eilboten; Mo - Do bis spät. 14 Uhr. Fr bis spät. 12 Uhr. (Voranmeldung erbeten: Tel. 0316 / 380-4111 oder Fax -9623)

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt IBAN AT931200050094840004 BIC BKAUATWW, Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN AT443800000000049510 BIC RZSTAT2G