



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

Untersuchungsauftrag

Zytogenetik und Array CGH

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	<input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	<input type="checkbox"/> 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: ____:____

Untersuchung:

- Klassische Chromosomenanalyse (1)
- Subtelomer FISH (1)
- 24-Farben Karyotypisierung (M-FISH) (1)
- Andere FISH Untersuchungen (bitte angeben): (1) *:
- Hochauflösende Bruchpunktkartierung (1) *

- Array-CGH (2)
Zur Befundung der Array-CGH Ergebnisse sind klinische Angaben unerlässlich.
Hierzu verwenden Sie bitte den Erhebungsbogen auf Seite 2.

Untersuchungsmaterial:

- (1) Na-Heparin-Blut: 4 ml / 1. Lebensjahr 1 ml
- (2) EDTA Blut: 4 ml / 1. Lebensjahr 1 ml

* Bitte vorher Rücksprache mit dem Institut halten.

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



Erhebungsbogen Array-CGH-Analysen

Angaben über den/die Patienten/in

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.Datum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Geb.Maße-Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ Geb. in SSW: _____

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

Bestand eine pränatale Wachstumsretardierung? Ja Nein Unbekannt

Gab es Komplikationen bei der Geburt? Ja Nein Unbekannt

Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? Ja Nein Unbekannt

wenn ja, welche: _____

Postnatale Wachstumsanomalien:

Microcephalie Ja Nein Unbekannt

Macrocephalie Ja Nein Unbekannt

Kleinwuchs Ja Nein Unbekannt

Großwuchs Ja Nein Unbekannt

Besteht eine intellektuelle Einschränkung? Ja Nein Unbekannt

Bestehen Gesichtsdysmorphien?

(z.B.: weiter Augenabstand, Anomalien der Nase oder Ohren) Ja Nein Unbekannt

wenn ja, welche: _____

Bestehen angeborene Fehlbildungen (z.B. Herz, Extremitäten)? Ja Nein Unbekannt

wenn ja, welche: _____

Weitere Fälle von intellektuellen Einschränkungen/ angeborenen Fehlbildungen in der Familie?

Ja Nein Unbekannt

wenn ja, welche: _____

vereinbar mit

autosomal dominant

autosomal rezessiv

X-chromosomal

kein erkennbarer Zusammenhang

Anmerkungen: