

Institut für Humangenetik
Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz
humangenetik@medunigraz.at
Tel. +43 / 316 / 385-73800
Fax +43 / 316 / 385-79620

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: _____

	Ja	Nein	Unbekannt
<u>Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Bestand eine pränatale Wachstumsretardierung?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gab es Komplikationen bei der Geburt?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, welche: _____

Postnatale Wachstumsanomalien:

Microcephalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macrocephalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleinwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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: