

Institut für Humangenetik

Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz

humangenetik@medunigraz.at

Tel. +43 / 316 / 385-73800

Fax +43 / 316 / 385-79620

DaMe-Nr.: ME236676

Untersuchungsauftrag

Hereditäre Schwerhörigkeit

Zuweisende*r Arzt*Ärztin (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	☐ Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	☐ Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	☐ Privatrechnung an Patient*in
Telefon:	SV-Nummer:
E-Mail-Adresse:	Krankenkasse:
Angaben zum*r Patient*in (Etikett)	

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Adresse:

Klinische Fragestellung / Indikation:

☐ **Partner*innentestung** (bei bekannter Anlageträgerschaft der*des Partner*in); Gen:

☐ **Nachweis familiärer Mutation/en** (Variante/n incl. Transkript-Referenz):

Patient*in: ☐ symptomatisch ☐ asymptomatisch

Untersuchungsmaterial: Datum der Probenabnahme:
(mind. 4 ml EDTA-Blut / 1 ml EDTA-Blut im 1. Lebensjahr bzw. siehe Probenmaterial unter <https://humangenetik.medunigraz.at/diagnostik>)

NGS-Panel-Diagnostik

☐ **Genpanel für Schwerhörigkeit** (kuratierte Genliste der Genomics England PanelApp)

☐ **Erweiterung auf phänotypbasierte Auswertung bei unauffälligem Panel** (nur nach Rücksprache)

Klinische Angaben (bitte möglichst detailliert):

Art der Schwerhörigkeit: ☐ sensorineural ☐ konduktiv ☐ kombiniert
 Lateralisierung: ☐ bilateral ☐ unilateral
 Schweregrad: ☐ leicht ☐ mittel ☐ hochgradig ☐ an Taubheit grenzend
 Beginn: ☐ angeboren ☐ Kindheit ☐ Jugend ☐ Erwachsenenalter
 Verlauf: ☐ stabil ☐ progredient
 Familienanamnese: ☐ positiv ☐ negativ ☐ unklar

Begleitsymptome / syndromale Hinweise:

Die Auswahl und Durchführung der molekulargenetischen Analysen erfolgen indikationsspezifisch gemäß aktuellem Stand von Wissenschaft und Technik. Sofern auf den Befunden nicht anders angegeben, erfolgt die Annotation der Varianten auf Basis des MANE-Transkripts. Die angebotenen Untersuchungen und Parameter werden im Rahmen des aktuellen Akkreditierungsumfangs gemäß EN ISO 15189 durchgeführt.

Das schriftliche Einverständnis des*der Patient*in ist erforderlich!

Formular abrufbar unter <https://humangenetik.medunigraz.at> (Diagnostik / Einverständniserklärungen)

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

Ort, Datum

Vorname / Nachname einsendende*r Arzt*Ärztin
(Druckschrift)

Unterschrift einsendende*r Arzt*Ärztin

Institut für Humangenetik

Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz

humangenetik@medunigraz.at

Tel. +43 / 316 / 385-73800

Fax +43 / 316 / 385-79620

DaMe-Nr.: ME236676

Medizinischer Dienst der Krankenkassen
verschlüsselt übermittelt

Bewilligungsansuchen für NGS-Untersuchungen (ambulante Patient*innen)

Wir bitten um Bewilligung der Kostenübernahme für eine Next Generation Sequencing (NGS)-Untersuchung.

Angaben zum*r Patient*in (Etikett) ⁽¹⁾	Antragstellende*r Ärztin*Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift) ⁽¹⁾
---	--

Nachname:

Name:

Vorname:

Klinik:

Geb. Datum:

Straße/Ort:

SV-Nummer:

Telefon:

Krankenkasse:

Fragestellung⁽¹⁾:

Begründung ⁽¹⁾ für die Indikation einer genetischen Untersuchung der*des antragstellenden Ärztin*Arztes:

- ☐ V.a. genetisch bedingte Erkrankung / V.a. genetische Prädisposition
- ☐ therapierelevant
- ☐ vorsorgerelevant
- ☐ reproduktives Risiko
- ☐ Vermeidung von zusätzlichen diagnostischen Maßnahmen
- ☐ Sonstiges:

Weitere Informationen (optional):

.....

Unterlagen, die zur Indikationsbegründung für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beigelegt werden sollen (optional):

.....

(1) Pflichtfelder: Das Ansuchen um Bewilligung der Kostenübernahme kann nur bei vollständig ausgefülltem Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen weitergeleitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Vorname / Nachname antragstellende*r Ärztin*Arzt
(Druckschrift)

.....
Unterschrift antragstellende*r Ärztin*Arzt ⁽¹⁾