Medizinische Universität Graz

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

Untersuchungsauftrag

Unerfüllter Kinderwunsch / Wiederholte Fehlgeburten

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

Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett)

Nachname: ..... Vorname: .....

Geb.Datum: ..... □ weiblich □ männlich

Adresse: .....

Folgende Informationen sind für eine korrekte Abwicklung der Diagnostik unbedingt erforderlich!

Zuweisungsdiagnose: …….....…….....……..

Familienstammbaum: □ liegt bei

Klinische Informationen: □ liegen bei (Arztbriefe, Befunde, etc.)

Untersuchungsmaterial: …….....…… Datum der Probenabnahme: …….....…….

- □ Chromosomenuntersuchung[1]
- □ Azoospermie / Oligozoospermie (*SRY*, *AZF1*)[2] – beim Mann
  - □ Aplasie Vas deferens (CVBAD) bilateral / Verdacht auf obstuktive Azoospermie / Oligozoospermie (*CFTR*)[2] – beim Mann
- □ Prämature Ovarialinsuffizienz Typ 1 (*FMR1*)[2] – bei der Frau
- □ Gerinnungsfaktor II, Prothrombin (G20210A-Mutation)[2] – bei der Frau
- □ Gerinnungsfaktor V (Leiden-Mutation)[2] – bei der Frau
- □ MTHFR (c.677C>T)[2] – bei der Frau

Untersuchungsmaterial:
[1] LiHep oder NaHep-Röhrchen: 4 ml
[2] EDTA-Röhrchen: 4 ml
Weiter Indikationen auf Untersuchungsauftrag "Verdacht auf genetisches Syndrom.pdf"

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

Alle Untersuchungsaufträge sind als PDF unter http://humangenetik.medunigraz.at (Formulare; Untersuchungsaufträge) abrufbar.
OZ_V1_16.09.2019
Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, A-8036 Graz. www.medunigraz.at

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