MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

KLINISCHES INSTITUT FÜR LABORMEDIZIN
A – 1090 Wien,
Währinger Gürtel 18 – 20
DVR: 0000191

ALLGEMEINES KRANKENHAUS DER STADT WIEN
Die menschliche Größe

Postnatale Genetische Untersuchung — KILM-GENETIK-FM

Patientin/Patient:
Name:
Geb. Dat.:
Geschlecht:
Adresse:
AZ / MAC:
Bitte unbedingt Patientenetikette verwenden!

Zuweisende Stelle: (Klinikstempel)

Telefon:

(Beides bitte unbedingt ausfüllen)

anfordernde Kostenstelle (Stempel/Etikett)

Material:
Datum der Entnahme: .....

☐ Heparinblut ☐ EDTA-Blut ☐ Mundschleimhaut
☐ DNA bereits im Labor asserviert
☐ Sonstiges: .....

Untersuchungsauftrag:
☐ Chromosomenanalyse **(Heparinblut)**
☐ FISH-Analyse **(Heparinblut)** auf: .....
☐ DNA-Asservierung (**EDTA-Blut**)
☐ CGH-/SNP-Array (**EDTA-Blut**, bitte möglichst inkl. Blut der Eltern)
☐ Genpanel-Sequenzierung auf (**EDTA-Blut**): .....
☐ CES (Clinical Exom-Sequenzierung; **EDTA-Blut**)
☐ WES (Whole Exom-Sequenzierung; **EDTA-Blut**)
☐ Einzelgenanalyse auf (**EDTA-Blut**): .....
☐ Segregationsanalyse bei Bedarf zu Indexpatient mittels (**EDTA-Blut**): .....

☐ Versand an (Zuweisung beiliegend): .....
Versandwunsch nur nach vorheriger Freigabe von Parameter/Empfängerlabor durch Medizinökonomie möglich!

Angabe zum/zur Patienten/in:
☐ ist Indexpatient ☐ Verwandtschaftsgrad zu Indexpatient: .....
☐ Name Indexpatient (*Etikette*): .....

☐ Diagnose/Verdachtsdiagnose: siehe Einverständniserklärung
☐ Diagnose/Verdachtsdiagnose (falls nicht auf Einverständniserklärung angeführt):

.....

.....

.....

Einverständniserklärung (gesetzlich erforderlich):
☐ Einverständniserklärung liegt bei ☐ Einverständniserklärung liegt im Labor bereits vor

.....
Anforderer (Arzt/Ärztin, Name in Druckschrift) *Kontakt (Pager)* *Unterschrift d. Arztes/Ärztin*

! BITTE UM RASCHE WEITERLEITUNG DES FRISCHMATERIALS AN LEITSTELLE 5H !

Klinisches Institut für Labormedizin
Genetisches Labor
Tel.: (+43 1) 40 400 – 78440
Fax: (+43 1) 40 400 – 78480

Vienna General Hospital
Medical University of Vienna
Genetic Laboratory