



PH:+43-69919565186  
Fax:+43-1-2533033 6002  
info@generations.at  
www.generations.at

Univ. Prof. Dr. Berthold Streubel  
Ordinationszentrum Döbling  
Heiligenstädterstraße 46-48  
1190 Wien  
Österreich

## Anforderung einer genetischen Untersuchung

Patient/in (Etikette)	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Geb. datum
-----------------------	---	------------

Anfordernde/r Arzt/Ärztin (Stempel Klinik/Praxis)	Fax	Telefon
---	-----	---------

### Angaben zum/zur Patient/in

<b>Diagnose/Verdachtsdiagnose:</b> (Angaben aller relevanten Symptome, Untersuchungen, fam. Daten)
---

### Anforderung folgender Untersuchung:

Genetische Erkrankung: \_\_\_\_\_

Gen: \_\_\_\_\_

Material: \_\_\_\_\_

Unterschrift d. Arztes/Ärztin	Datum
-------------------------------	-------

*Achtung:* Bitte unterschriebene Einverständniserklärung mit der Untersuchungsprobe beilegen.