

Patient:in: Name, Vorname, Geburtsdatum

Arztstempel / Klinik

☐ männlich ☐ weiblich

ANGABE ZUM EINSENDER

Name Ärztin / Arzt, ggf. Station

Telefon

E-Mail

HERZ-/KREISLAUFERKRANKUNGEN

☐ Kardiomyopathie, hypertroph

☐ Long-QT-Syndrom

☐ Arrhythmogene Erkrankungen

☐ Kardiomyopathie, dilatativ

☐ Plötzlicher Herztod-Basisdiagnostik

☐ Fettstoffwechselstörungen

Spezifikationen oder andere Erkrankungen: _____

GEFÄß- UND BINDEGEWEBSERKRANKUNGEN

☐ Ehlers-Danlos Syndrom

☐ Marfan Syndrom

☐ Risiko für Aortenaneurysmen und Aortendissektionen

Spezifikationen oder andere Erkrankungen: _____

NEUROGENETIK

☐ Ataxie

☐ Leukodystrophie

☐ Myopathien/Muskeldystrophien

☐ Demenz/Neurodegeneration

☐ Maligne Hyperthermie

☐ Neuropathien / Motoneuropathien

☐ Epilepsie

☐ Myotone Dystrophie/Myotonie

Spezifikationen oder andere Erkrankungen: _____

AUGENERKRANKUNGEN

☐ Netzhauterkrankungen

☐ Makuladystrophien

☐ Optikusatrophien

☐ Hohe Myopien

Spezifikationen oder andere Erkrankungen: _____

GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSGENETIK

☐ Risikoanalyse bei Familienplanung oder Schwangerschaft

☐ Auffällige
Familienanamnese

☐ Männliche Fertilitätsstörung

☐ Genetische Untersuchung nach Fehlgeburt

☐ Weibliche Fertilitätsstörung

Spezifikationen oder andere Erkrankungen: _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Gewünschte Untersuchung: _____

ZUSÄTZLICHE ANGABEN/ANAMNESE/KLINISCHE FRAGESTELLUNG

Bekannte Mutationen in der Familie: _____

Einzelnes Gen/Individuelles Genpanel/Genomics England PanelApp/HPO Terms: _____

☐ Zusatzbefunde nach ACMG-Genliste actionable genes

PROBENEINSENDUNG (Material EDTA Blut (5ml))

Abnahmedatum: _____

Abholung soll organisiert werden: **+43-1-535 48 99** oder **office@generations.at**

Versand mit Kurierdienst an: **Generations Life/Dungl GmbH, Mülkerbastei 5/1, 1010 Wien**

PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der verantwortlichen Ärztin/dem verantwortlichen Arzt ganz oder in Teilen widerrufen.

Ich bin mit der genetischen Analyse einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift Patient:in

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift einsendende Ärztin / einsendender Arzt