Ordensklinikum Linz | Labor für Molekulargenetische Diagnostik

Kepler Universitäts Klinikum

Laborleitung:
Dr. Gerald Webersinke
Doz. Dr. Otto Zach

Medizinische Leitung:
Prof. Dr. F. Moinfar Inst. f. klin. Pathologie und Molekularpathologie,
Priv.-Doz. Dr. H. Rumpold, Hämatologie & Onkologie,

Ordensklinikum Linz Barmherzige Schwestern
Seilerstätte 4, A-4010 Linz
Probenanlieferung: Stifterstraße 3 (3. OG), A-4010 Linz
Telefon: 0732 / 7677-7597
e-mail: LMGD@ordensklinikum.at
Web: www.ordensklinikum.at/LMGD

Zentrum Medizinische Genetik Linz
Kepler Universitätsklinikum GmbH MC IV
Leiter: Prim. Univ. Doz. Dr. Hans-Christoph Duba
A-4020 Linz, Krankenhausstraße 26-30
Tel.: 05 7680 84 - 29601
email: hans-christoph.duba@kepleruniklinikum.at

Zuweisung zur genetischen Abklärung
MÄNNER bei Sub/Infertilität

Absender	**Patientenetikette**
Stempel/ Kontaktperson	**Patient:** Name, Geburtsdatum, Soz.Vers.Nr., Adresse, inkl. PLZ **Partnerin:** …….. **Geb.Datum:** …….

Fragstellung: Sterilitätsabklärung

O bei OAT oder anderer Spermienfunktionsstörung

Spermienanzahl .....Mio/ml Morphologie……..…….

O bei (obstruktiver) Azoospermie und V.a. CBAVD (CUAVD)

Untersuchungsmaterial

O Datum der Probenentnahme: …… Entnehmender Arzt: ……

O Peripheres Blut (ca. 7,5 – 10 ml / Röhrchen)

☐ **Lithiumheparin Blut für Chromosomenanalyse** ☐ **EDTA-Blut für DNA-Analyse**

Gewünschte Untersuchung

O Chromosomenanalyse beim Mann (Lithiumheparin Blut)

(Eine **Chromosomenanalyse** ist lt. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 1(3) 2004: 190 – 193 sinnvoll bei **Spermienanzahl <20Mio/ml**. bei **männlich bedingter Sterilität**.)

O DNA-Analyse der **AZF-Region (EDTA Blut)**

(bei **Azoospermie** bzw. **Oligozoospermie <5Mio/ml**)

O DNA-Analyse des **CFTR-Gens (EDTA Blut)**

(bei **CBAVD** bzw. **CUAVD** bzw. **Oligozoospermie <1Mio/ml**, bzw. familiärem Risiko)

Ethnische Herkunft (wichtig für Mutationsspektrum).....

O andere molekulargenetische Untersuchung **(EDTA Blut)** .....

Anamnestische Daten aus der Familie des Patienten

Für die genetische Diagnose relevante Auffälligkeiten bei Familienangehörigen (z.B. geistige Retardierung, angeborene Fehlbildungen, Muskelschwäche, schwere Hör- und/oder Sehstörungen, Fehlgeburten, Stoffwechseldefekte, Chromosomenaberration, Überträgerstatus)

der Mutter: **O** keine **O** ja:……..

---

des Vaters: **O** keine **O** ja:……..

Einverständniserklärung

Ich wurde von Frau / Herrn Dr. ……über das Wesen, die Tragweite, Aussagekraft und mögliche Fehlerquellen der geplanten genetischen Untersuchungen informiert. Ich bin mit der Durchführung der oben angeführten Untersuchungen, sowie der Befundübermittlung an untenstehende Ärzte einverstanden.

Nach § 71a Gentechnikgesetz dürfen Ergebnisse aus genetischen Analysen des Typs 2 und 3 nur sofern der Patient dem nicht schriftlich widersprochen hat, in Arztbriefen und Krankengeschichten dokumentiert werden. Auf die Möglichkeit des Widerspruches ist in der Beratung hinzuweisen.

Ich wurde über die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in Arztbriefen bzw. Krankengeschichten informiert.

O Ich **lehne** die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse ab.

O Ich bin mit der Verwendung von anonymisiertem überschüssigem Material für Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Zwecke **nicht** einverstanden.

Unterschrift Arzt	**Unterschrift Patient**

Wichtige Hinweise zur Materialabnahme

1) Bitte unbedingt steril abnehmen und gut durchmischen, geronnenes Material ist nicht zu verwenden.
   Versand per EMS!
2) Für **Zytogenetik** und **FISH**: **Lithiumheparin Blut**
3) Für **molekulargenetische DNA-Analysen EDTA-Blut**

Befund bitte nachrichtlich an:

O **Andrologie Barmherzige Schwestern**

O ……..

Datum, Unterschrift; Stampiglie