

## Anforderungsformular KINDERWUNSCH

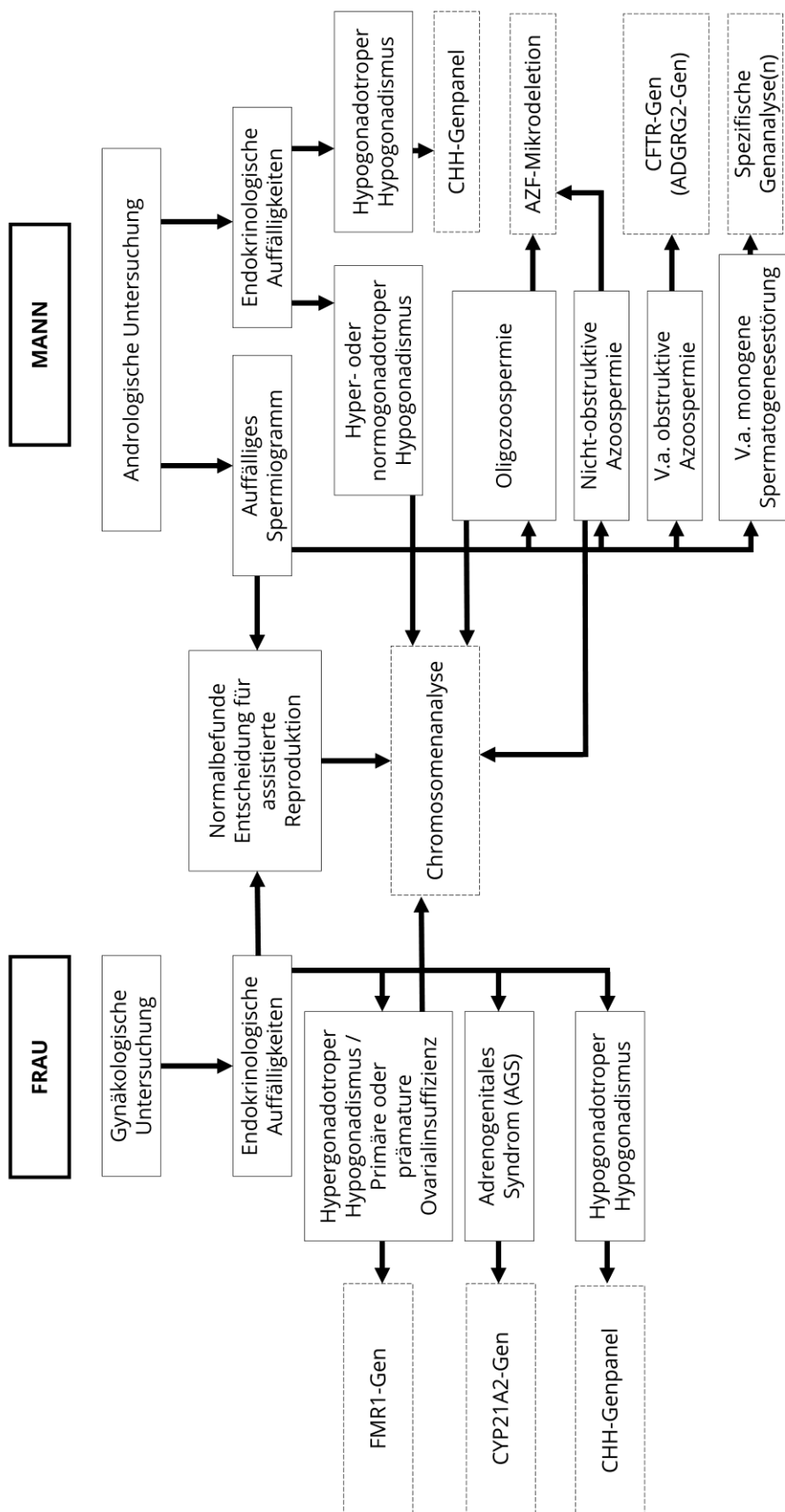
|                         |   |                            |            |  |  |
|-------------------------|---|----------------------------|------------|--|--|
| Daten des/der PatientIn | NAME, VORNAME in Blockbuchstaben  |                            | ZuweiserIn |  |  |
|                         | Geburtsdatum  | PatientInnen-ID (optional) |            |  | Einsendende Einrichtung / Abteilung          |
|                         | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |                            |            |  | E-Mail-Adresse(n) für den vorläufigen Befund |

|       |   |           |                            |
|-------|---|-----------|----------------------------|
| Probe | <b>Probenart:</b><br><input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut (Molekulargenetik)<br><input type="checkbox"/> Heparin-Vollblut (Chromosomenanalyse)<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: | PartnerIn |                            |
|       | <b>Entnahme-Datum:</b>  |           | Informationen zu PartnerIn |

| Indikationsspezifische Untersuchung bei unerfülltem Kinderwunsch*  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch bzw. geplante assistierte Reproduktion (Chromosomenanalyse)<br><input type="checkbox"/> Habituelle Aborte (Frau: KIR-Analyse bzw Mann: HLA-C)  |  |
| Frau   | <input type="checkbox"/> Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POF) (FMR1-Prämutationsanalyse)<br><input type="checkbox"/> Thrombophilie (Faktor V Leiden, Prothrombin, MTHFR 677, MTHFR 1298, PAI-1 4G/5G)<br><input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom (AGS) (CYP21A2-Analyse)<br><input type="checkbox"/> Hypogonadotroper Hypogonadismus (CHH) (CHH (NGS)-Panelanalyse)  |
| Mann   | <input type="checkbox"/> Pathologisches Spermogramm (AZF- und CFTR-Mutationsscreening)<br><input type="checkbox"/> Nicht-obstruktive Azoo-/Oligozoospermie (AZF-Analyse)<br><input type="checkbox"/> Obstruktive Azoospermie (CFTR-Mutationsscreening)<br><input type="checkbox"/> Kongenitale Aplasie des Vas deferens (CBAVD) (CFTR-Mutationsscreening)<br><input type="checkbox"/> Monogene Azoospermie (spezifische NGS-Panelanalyse; Gene nach Rücksprache) |
| Untersuchung auf Anlageträgerschaften (Carrier Screening)  |  |
| <input type="checkbox"/> Anlageträgerschaft zystische Fibrose (CFTR-Mutationsscreening)<br><input type="checkbox"/> Anlageträgerschaft Screening Stufe 1 (CFTR-Mutationsscreening + SMA + FraX (Frau))<br><input type="checkbox"/> Anlageträgerschaft Screening Stufe 2 (Stufe 1 + NGS-Panel (Gene laut ACMG Tier3)) |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>EINE UNTERSCHRIEBENE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</b><br><input type="checkbox"/> LIEGT BEI <input type="checkbox"/> LIEGT DEM/DER ZUWEISER/IN VOR             |  |
| <b>EINE ANALYSE KANN NUR MIT VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLTEM UND UNTERSCHRIEBENEM ANTRAGSFORMULAR SOWIE EINER UNTERSCHRIEBENEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ERFOLGEN!</b> |  |
| <b>DATUM, UNTERSCHRIFT des/der ZUWEISERS/IN</b>  |  |

## LEITLINIEN ZUR GENETISCHEN DIAGNOSTIK BEI PAAREN MIT UNERFÜLTEM KINDERWUNSCH



Schematische Darstellung des Algorithmus für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch auf Basis der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie vor einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung (ART)“. Die Leitlinienerstellung erfolgte im Rahmen des Leitlinienprogrammes der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) in Kooperation mit der österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). Quelle: Diagnostik and Therapy Before Assisted Reproductive Treatments. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Register Number 015-085, February 2019). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-085.html> Siehe auch: <https://hln-genetik.at/zuweiser/unerfueller-kinderwunsch/>