

## Anforderungsformular KINDERWUNSCH

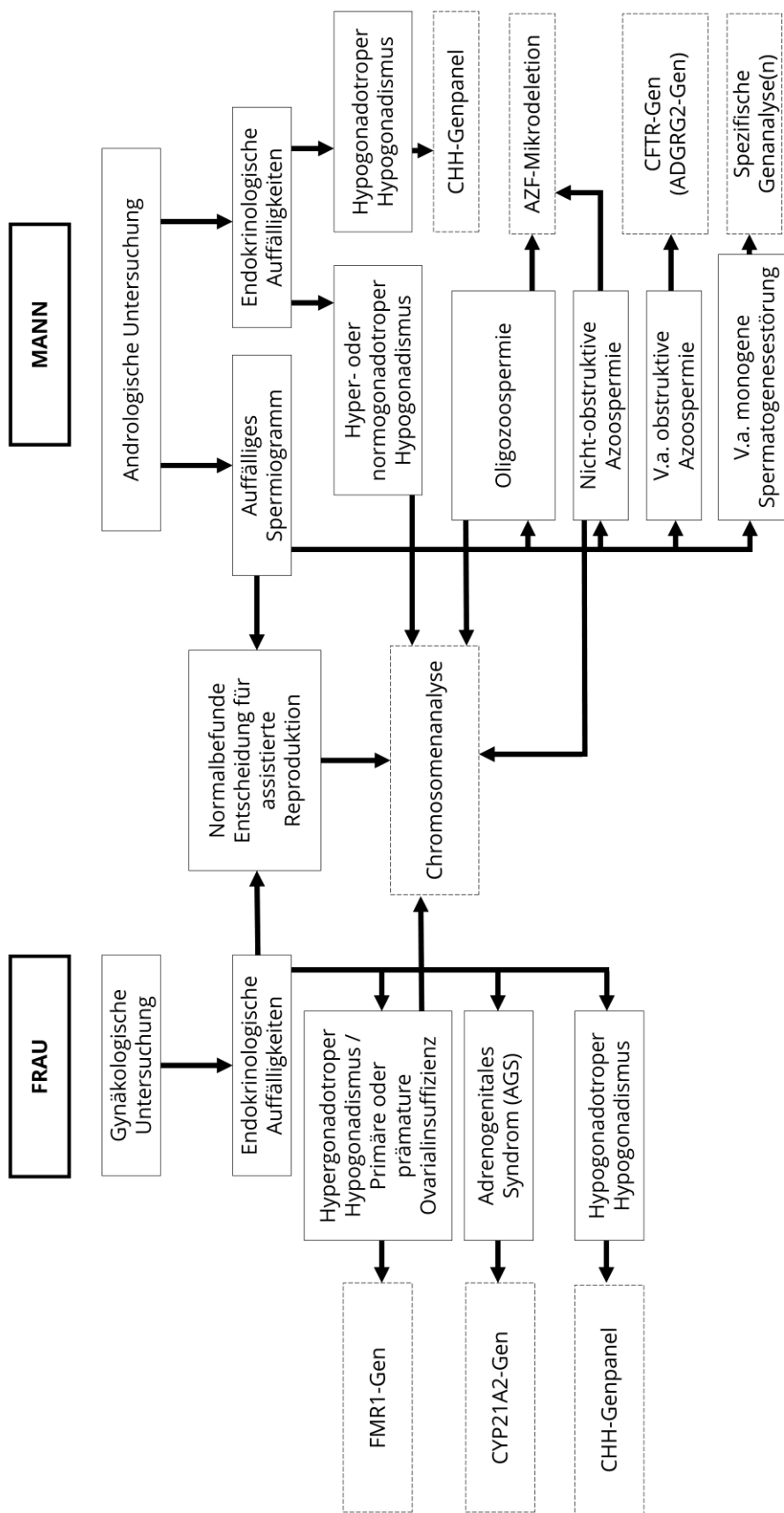
Daten des/der PatientIn			ZuweiserIn		
	NAME, VORNAME in Blockbuchstaben				
	Geburtsdatum	PatientInnen-ID (optional)		Einsendende Einrichtung / Abteilung	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		E-Mail-Adresse(n) für den vorläufigen Befund			

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

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

EINE <b>UNTERSCHRIEBENE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</b> <input type="checkbox"/> LIEGT BEI <input type="checkbox"/> LIEGT DEM/DER ZUWEISER/IN VOR	
EINE ANALYSE KANN NUR MIT <b>VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLEM UND UNTERSCHRIEBENEM ANTRAGSFORMULAR</b> SOWIE EINER <b>UNTERSCHRIEBENEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG</b> ERFOLGEN!	<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/unerfuellter-kindervwunsch/>