

Postadresse und Probenversand: Institut für Humangenetik, MFZ I, Geb. 13.58.01, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Ansprechpartner: Dr. Matthias Drechsler, Dr. Beate Betz, Tel.: 0211-81-06795/06796; humangenetik@med.uni-duesseldorf.de

Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – CFTR & AZF

Patientendaten		Einsender (Name + Adresse oder Stempel)	
Name:		Arzt (Name):	Tel.:
Vorname:		(Stempel)	
Geburtsdatum:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Krankenkasse:			
Kontaktadresse:			
		Anforderungsdatum	
		Dringlichkeit <input type="checkbox"/> Eilig <input type="checkbox"/> Routine	
		Kostenübernahme	
		<input type="checkbox"/> Ambulant GKV (Überweisungsschein Muster 10)	

Material	<input type="checkbox"/> EDTA (7-9 ml, bei Kindern 1-3 ml) <input type="checkbox"/> DNA (mind. 5 µg) <input type="checkbox"/> Anderes:	Datum Entnahme:
-----------------	--	-----------------

Indikation / Fragestellung

Anamnese (Kopien vorliegender Arztbriefe/Befunde bitte beifügen. Die klinischen Angaben sind maßgeblich für die Interpretation der genetischen Daten.)

Familienanamnese, weitere Angaben (Stammbaum der Familie oder Alter von symptomatischen bzw. symptomfreien Verwandten)	
<input type="checkbox"/> Ethnische Herkunft: (insbesondere für CFTR)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Konsanguinität	

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden	
<input type="checkbox"/> Differential-diagnostische Abklärung	<input type="checkbox"/> CFTR
	<input type="checkbox"/> AZF
<input type="checkbox"/> Prädiktive Testung	Variante(n):
<input type="checkbox"/> Segregation/Anlageträgerschaft	Gen, Transkript:
Asservierung von Untersuchungsmaterial: (keine weitere Diagnostik) <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Anderes:	

Einwilligung des Patienten: Bitte fügen Sie eine vollständig ausgefüllte und vom Patienten unterschriebene Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz bei. Zu finden auf unserer Homepage: https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institut_fuer_Humangenetik/EinwilligungGenetischeAnalyse190401.pdf

Datum _____ Name Arzt (Druckbuchstaben) _____ Unterschrift Arzt (gem. GenDG alleinige/r Befundempfänger*in) _____

Labor IFH-MG:	Datum Probeneingang: _____	MVZ_AnforCFTR-AZF
	Materialnummer: _____	Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1