

**Nur für gesetzlich Krankenversicherte mit Überweisungsschein Muster 10!**

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](mailto:humangenetik@med.uni-duesseldorf.de)**Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – CFTR & AZF****Patientendaten**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ männlich☐ weiblich☐ divers

Krankenkasse:

Kontaktadresse:

**Einsender** (Name + Adresse oder Stempel)

Arzt (Name):

Tel.:

(Stempel)

**Anforderungsdatum****Dringlichkeit**☐ Eilig☐ Routine**Kostenübernahme**☐ Ambulant GKV

(Überweisungsschein Muster 10)

**Material**☐ EDTA (7-9 ml, bei Kindern 1-3 ml)☐ DNA (mind. 5 µg)☐ 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)☐ **Ethnische Herkunft:**

(insbesondere für CFTR)

☐ Sonstiges:☐ Konsanguinität**Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden**☐ Differential-diagnostische  
Abklärung☐ **CFTR**☐ **AZF**☐ Prädiktive Testung

Variante(n):

☐ Segregation/Anlageträgerschaft

Gen, Transkript:

**Asservierung von Untersuchungsmaterial:** (keine weitere Diagnostik)☐ EDTA☐ DNA☐ 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/Institute/Institut\\_fuer\\_Humangenetik/EinwilligungGenetischeAnalyse190401.pdf](https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Humangenetik/EinwilligungGenetischeAnalyse190401.pdf)

Datum

Name Arzt (Druckbuchstaben)

Unterschrift Arzt (gem. GenDG alleinige/r Befundempfänger\*in)

Labor IFH-MG:

Datum Probeneingang:

Materialnummer:

MVZ\_AnforCFTR-AZF

Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1