

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. med. Barbara Leube, Tel.: 0211-81-06795/06796; Barbara.Leube@med.uni-duesseldorf.de**Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Neurogenetik****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.)

☐ gait ataxia (HP:0002066)	☐ spastic paraplegia (HP:0001258)	☐ Sonstiges: _____
☐ progressive cerebellar ataxia (HP:0002073)	☐ spinal muscular atrophy (HP:0007269)	
☐ dystonia (HP:0001332)		
☐ dyskinesia (HP:0100660)	Clinical Modifier:	
☐ leukoencephalopathy (HP:0002352)	☐ neonatal onset = first month (HP:0003623)	
☐ myopathy (HP:0003198)	☐ pediatric onset <16 y (HP:0410280)	
☐ myotonia (HP:0002486)	☐ young adult onset 16-40 y (HP:0011462)	
☐ peripheral neuropathy (HP:0009830)	☐ middle age onset 40-60 y (HP:0003596)	
☐ parkinsonism (HP:0001300)	☐ late onset >60 y (HP:0003584)	

Familienanamnese, weitere Angaben (Stammbaum der Familie oder Alter von symptomatischen bzw. symptomfreien Verwandten)☐ Konsanguinität: _____**Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden**

☐ Differential-diagnostische Abklärung	☐ Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung)
	☐ Gezielte Diagnostik folgender Gene: (basierend auf Exom-Sequenzierung)
	☐ Anderes: _____
☐ 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

Datum

Name Arzt (Druckbuchstaben)

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

Labor IFH-MG:

Datum Probeneingang:

Materialnummer:

MVZ_AnforNeurogenetik

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