

Nicht für Überweisungsschein Muster 10, dann bitte Anforderungsschein MVZ!

Postadresse und Probenversand:
Ansprechpartner: Institut für Humangenetik, MFZ I, Geb. 13.58.01, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
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"/> Privat (Kostenvoranschlag, bitte anfordern) <input type="checkbox"/> Stationär (Kostenübernahme durch Klinik) | <input type="checkbox"/> Forschung |

| | | |
|-----------------|--|-----------------|
| 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/Institute/Institut_fuer_Humangenetik/EinwilligungGenetischeAnalyse190401.pdf

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

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