

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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Krankenkasse:

Kontaktadresse:

Einsender (Name + Adresse oder Stempel)

Arzt (Name):

Tel.:

(Stempel)

Anforderungsdatum
Dringlichkeit
☐ Eilig

☐ Routine

Kostenübernahme
☐ Privat

(Kostenvoranschlag, bitte anfordern)

☐ Forschung

☐ Stationär

(Kostenübernahme durch Klinik)

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

Datum

Name Arzt (Druckbuchstaben)

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

Labor IFH-MG:

Datum Probeneingang:

Materialnummer:

UKD_AnforCFTR-AZF

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