

Nicht für Überweisungsschein Muster 10, dann bitte Anforderungsschein MVZ!

 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)

Anforderungdatum
Dringlichkeit ☐ Eilig ☐ Routine

Kostenübernahme
☐ Privat (Kostenvorschlag, 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.)

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

Familienanamnese, weitere Angaben (Stammbaum der Familie oder Alter von symptomatischen bzw. symptomfreien Verwandten)

☐ Konsanguinität:

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden

<input type="checkbox"/> Differential-diagnostische Abklärung	<input type="checkbox"/> Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung)
	<input type="checkbox"/> Gezielte Diagnostik folgender Gene: (basierend auf Exom-Sequenzierung)
	<input type="checkbox"/> Anderes: _____
<input type="checkbox"/> Prädiktive Testung	Variante(n) _____
<input type="checkbox"/> 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: _____	UKD_AnforNeurogenetik Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1
	Materialnummer: _____	