

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

<b>Patientendaten</b>		<b>Einsender</b> (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:			
		<b>Anforderungsdatum</b>	
		<b>Dringlichkeit</b> <input type="checkbox"/> Eilig <input type="checkbox"/> Routine	
		<b>Kostenübernahme</b>	
		<input type="checkbox"/> Privat (Kostenvoranschlag, bitte anfordern) <input type="checkbox"/> Stationär (Kostenübernahme durch Klinik)	<input type="checkbox"/> Forschung

<b>Material</b>	<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:
-----------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------

<b>Indikation / Fragestellung</b>
-----------------------------------

<b>Anamnese</b> (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 paraparesis (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)	<b>Clinical Modifier:</b>	
<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)	
<b>Familienanamnese, weitere Angaben</b> (Stammbaum der Familie oder Alter von symptomatischen bzw. symptomfreien Verwandten)		
<input type="checkbox"/> Konsanguinität:		

<b>Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden</b>		
<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: _____	
<b>Asservierung von Untersuchungsmaterial:</b> (keine weitere Diagnostik) <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Anderes:		

<b>Einwilligung des Patienten:</b> Bitte fügen Sie eine vollständig ausgefüllte und vom Patienten unterschriebene Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz bei. Zu finden auf unserer Homepage: <a href="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</a>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Datum

Name Arzt (Druckbuchstaben)

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

Labor IFH-MG:	Datum Probeneingang: _____	UKD_AnforNeurogenetik
	Materialnummer: _____	Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1