

**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: Prof. Dr. med. Dagmar Wieczorek, Tel.: 0211-81-06795/06796; [humangenetik@med.uni-duesseldorf.de](mailto:humangenetik@med.uni-duesseldorf.de)

## Untersuchungsauftrag Zyto-/Molekulargenetik – Syndromale Erkrankungen

### 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 (Kostenvoranschlag, bitte anfordern) ☐ Forschung  
☐ Stationär (Kostenübernahme durch Klinik)

### Material

Datum Entnahme: \_\_\_\_\_ ☐ EDTA (7-9 ml, bei Kindern 1-3 ml) ☐ DNA (mind. 5 µg) ☐ Hautstanze ☐ Anderes  
☐ Heparin (≥ 2 ml) ☐ PAXGene RNA ☐ Mundschleimhaut

### Indikation / Fragestellung

### Anamnese (Kopien vorliegender Arztbriefe/Befunde bitte beifügen. Die klinischen Angaben sind maßgeblich für die Interpretation der genetischen Daten.)

☐ Entwicklungsverzögerung (HP:0012759) ☐ mild (HP:0001256) ☐ moderat (HP:0002342) ☐ schwer (HP:0010864)  
☐ Epilepsie (HP:0001250) ☐ fokal (HP:0007359) ☐ generalisiert (HP:0002197)  
☐ Autismus (HP:0000717) ☐ Verhaltensauffälligkeiten (HP:0000708)  
☐ Großwuchs (HP:0000098) ☐ Hirnfehlbildung (HP:0002060) ☐ Myopathie / Muskeldystrophie (HP:0003198)  
☐ Kleinwuchs (HP:0004322) ☐ Periphere Neuropathie (HP:0009830) ☐ Immundefekt (HP:0002715)  
☐ Hemihypertrophie (HP:0001528) ☐ Neurodegenerative Erkrankung (HP:0002180) ☐ Tumorerkrankung (HP:0002664)  
☐ Adipositas (HP:0001513) ☐ Leukodystrophie (HP:0002415) ☐ Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (HP:0000202)  
☐ Mikrozephalie (HP:0000252) ☐ Optikusatrophie (HP:0000648) ☐ Organfehlbildung (HP:0002012) (bitte angeben)  
☐ Makrozephalie (HP:0000256) ☐ Retinitis pigmentosa (HP:0000510) ☐ Schwerhörigkeit (HP:0000365)  
☐ Spastik (HP:0001257) ☐ Niereninsuffizienz (HP:0000083) ☐ Sonstiges:  
☐ Muskuläre Hypotonie (HP:0001252) ☐ Thorakale Aortenerweiterung (HP:0001679)  
☐ Ataxie (HP:0001251) ☐ Herzrhythmusstörungen (HP:0011675)

### Familienanamnese, weitere Angaben (Kopien vorliegender Arztbriefe / Befunde bitte beifügen.)

☐ Konsanguinität:

### Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden

☐ Differentialdiagnostische Abklärung ☐ Zytogenetische Diagnostik  
☐ Chromosomenanalyse (1) ☐ FISH bei Verdacht auf: \_\_\_\_\_  
☐ (1) (2) (3): als Stufendiagnostik ☐ genomweite CNV-Analyse (2)  
☐ SNP-Array ☐ Exom-Diagnostik (3)  
☐ Gezielte Diagnostik folgender Gene: \_\_\_\_\_  
☐ Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung)  
☐ Trio-Exom (nach Rücksprache)  
☐ Trio-Exom für SNV (Privatversicherte / Selbstzahler)

☐ Prädiktive Testung Variante(n) \_\_\_\_\_  
☐ Segregation/Anlageträgerschaft Gen, Transkript: \_\_\_\_\_

Asservierung von Untersuchungsmaterial: ☐ EDTA ☐ DNA ☐ PAXgene RNA ☐ Fibroblasten/ Gewebe ☐ Anderes:  
(keine Weitere Diagnostik)

**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](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\_AnforSyndrome  
Materialnummer: \_\_\_\_\_ Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1