

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

Untersuchungsauftrag Zyro-/Molekulargenetik – Syndromale Erkrankungen

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:			

Material	<input type="checkbox"/> EDTA (7-9 ml, bei Kindern 1-3 ml) <input type="checkbox"/> Heparin (≥ 2 ml)	<input type="checkbox"/> DNA (mind. 5 µg) <input type="checkbox"/> PAXGene RNA	<input type="checkbox"/> Hautstanzte <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut	<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.)			
<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung (HP:0012759)	<input type="checkbox"/> mild (HP:0001256)	<input type="checkbox"/> moderat (HP:0002342)	<input type="checkbox"/> schwer (HP:0010864)
<input type="checkbox"/> Epilepsie (HP:0001250)	<input type="checkbox"/> fokal (HP:0007359)	<input type="checkbox"/> generalisiert (HP:0002197)	
<input type="checkbox"/> Autismus (HP:0000717)	<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten (HP:0000708)		
<input type="checkbox"/> Großwuchs (HP:0000098)	<input type="checkbox"/> Hirnfehlbildung (HP:0002060)	<input type="checkbox"/> Myopathie / Muskeldystrophie (HP:0003198)	
<input type="checkbox"/> Kleinwuchs (HP:0004322)	<input type="checkbox"/> Periphere Neuropathie (HP:0009830)	<input type="checkbox"/> Immundefekt (HP:0002715)	
<input type="checkbox"/> Hemihypertrophie (HP:0001528)	<input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankung (HP:0002180)	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (HP:0002664)	
<input type="checkbox"/> Adipositas (HP:0001513)	<input type="checkbox"/> Leukodystrophie (HP:0002415)	<input type="checkbox"/> Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (HP:0000202)	
<input type="checkbox"/> Mikrocephalie (HP:0000252)	<input type="checkbox"/> Optikusatrophie (HP:0000648)	<input type="checkbox"/> Organfehlbildung (HP:0002012) (bitte angeben)	
<input type="checkbox"/> Makrocephalie (HP:0000256)	<input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa (HP:0000510)	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit (HP:0000365)	
<input type="checkbox"/> Spastik (HP:0001257)	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (HP:0000083)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Muskuläre Hypotonie (HP:0001252)	<input type="checkbox"/> Thorakale Aortenerweiterung (HP:0001679)		
<input type="checkbox"/> Ataxie (HP:0001251)	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen (HP:0011675)		

Familienanamnese, weitere Angaben (Kopien vorliegender Arztbriefe / Befunde bitte beifügen.)	<input type="checkbox"/> Konsanguinität:
---	--

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden						
<input type="checkbox"/> Differential-diagnostische Abklärung	Zytogenetische Diagnostik <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (1) <input type="checkbox"/> FISH bei Verdacht auf: genomweite CNV-Analyse (2) <input type="checkbox"/> SNP-Array <input type="checkbox"/> Gezielte Diagnostik folgender Gene:	Exom-Diagnostik (3) <input type="checkbox"/> Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung) <input type="checkbox"/> Trio-Exom (nach Rücksprache) <input type="checkbox"/> Trio-Exom für SNV (Privatversicherte / Selbstzahler)				
<input type="checkbox"/> (1) (2) (3): als Stufendiagnostik						
<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"/> PAXgene RNA	<input type="checkbox"/> Fibroblasten/ Gewebe	<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_AnforSyndrome
	Materialnummer:	Rev. 001/08.2025 (01.09.2025) Seite 1 von 1