

Nicht für Überweisungsschein Muster 10, dann bitte Anforderungsschein MVZ!

Postadresse und Probenversand: Ansprechpartner:	Institut für Humangenetik, MFZ I, Geb. 13.58.01, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf Prof. Dr. Silke Redler, Dr. Cornelia Blank, Dr. Beate Betz, Tel.: 0211-81-06795/06796; humangenetik@med.uni-duesseldorf.de
--	---

Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Tumorgenetik

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

Material	<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:
-----------------	--	-----------------

Indikation / Fragestellung

Anamnese (Kopien vorliegender Arztbriefe/Befunde bitte beifügen. Die klinischen Angaben sind maßgeblich für die Interpretation der genetischen Daten.)		
<input type="checkbox"/> Dickdarmkarzinom (HP:0100273)	<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom (HP:0012125)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Dünndarmkarzinom (HP:0100833)	<input type="checkbox"/> Mammakarzinom (HP:0100013)	
<input type="checkbox"/> Magenkarzinom (HP:0006753)	<input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom (HP:0100615)	
<input type="checkbox"/> Esophaguskarzinom (HP:0100751)	<input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom (HP:0012114)	
<input type="checkbox"/> Gallengangskarzinom (HP:0030153)	<input type="checkbox"/> Paragangliom (HP:0002668)	
<input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom (HP:0002894)	<input type="checkbox"/> Phäochromozytom (HP:0002666)	
<input type="checkbox"/> Urothelkarzinom (HP:0010786)	<input type="checkbox"/> Melanom (HP:0012056)	
<input type="checkbox"/> GI Stromatumor (HP:0100723)	<input type="checkbox"/> Basaliom (HP:0002671)	
<input type="checkbox"/> Hirntumor (HP:0100006)	<input type="checkbox"/> Polypose (HP:0200008)	
<input type="checkbox"/> Neurofibrome (HP:0001067)	<input type="checkbox"/> Sarkom (HP:0100242)	
<input type="checkbox"/> Schwannome (HP:0100008)	<input type="checkbox"/> Patient gesund, Tumoren in Familie	

Familienanamnese, weitere Angaben (Kopien vorliegender Arztbriefe/Befunde bitte beifügen. Dazu Stammbaum der Familie und/oder Information welcher Familienangehöriger welchen Tumor in welchem Alter aufgewiesen hat)	<input type="checkbox"/> Konsanguinität
--	---

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden (siehe Seiten 2-3 für Panel)		
<input type="checkbox"/> Differential-diagnostische Abklärung	<input type="checkbox"/> Panel der klinisch geeigneten Gene: (basierend auf Exom-Sequenzierung, siehe Seiten 2-3)	
	<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungsmethoden:	
<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"/> 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/Institut_fuer_Humangenetik/EinwilligungGenetischeAnalyse190401.pdf

Datum	Name Arzt (Druckbuchstaben)	Unterschrift Arzt (gem. GenDG alleinige/r Befundempfänger*in)
-------	-----------------------------	---

Labor IFH-MG:	Datum Probeneingang: Materialnummer:	UKD_AnforTumogenetik Rev. 002/09.2025 (17.09.2025) Seite 1 von 3
---------------	---	---

Nicht für Überweisungsschein Muster 10, dann bitte Anforderungsschein MVZ!

Name Patient, Geburtsdatum: _____

 BRCA1*, BRCA2* zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung**einschließlich Gendosisanalyse*

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom |
| <input type="checkbox"/> | platin-sensitives, fortgeschrittenes oder rezidiviertes oder progressives high-grade epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom |
| <input type="checkbox"/> | metastasiertes, kastrationsresistenter Prostatakarzinom |
| <input type="checkbox"/> | nach mindestens 16-wöchiger platinhaltiger Behandlung in Erstlinien-Chemotherapie nicht progredientes, metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas |

Lynch-Syndrom/ Hereditäres Nicht-Polyposes Kolonkarzinom (HNPCC)**einschließlich Gendosisanalyse*

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ergebnis MSI und IHC liegt vor: MLH1*, PMS2* |
| <input type="checkbox"/> | Ergebnis MSI und IHC liegt vor: MSH2*, MSH6* |
| <input type="checkbox"/> | Tumormaterial liegt nicht vor: MLH1*, MSH2*, MSH6*, PMS2* |

Polyposis Syndrome

- | | |
|---|---|
| • Familiäre Adenomatöse Polypose (FAP) | • Peutz-Jeghers-Syndrom |
| • MUTYH-assoziierte Polypose (MAP) | • Hyperplastisches-serratiertes Polyposis-Syndrom |
| • Cowden-Syndrom | • Juvenile Polypose |
| <input type="checkbox"/> APC, BMPR1A, CDH1, EPCAM, GREM1, MLH1, MLH3, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RNF43, RPS20, SMAD4, STK11 | |

Kolorektales Karzinom (unbestimmt)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> APC, ATM, AXIN1, AXIN2, BLM, BMP4, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDKN2A, CHEK2, DSC2, EPCAM, FANCM, GALNT12, GREM1, MLH1, MLH3, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NTHL1, PALB2, PMS1, PMS2, POLD1, POLE, POLE2, POT1, PTEN, RAD51C, RAD51D, RPS20, SMAD4, STK11, TP53, WRN, XPC |
|---|

Pankreaskarzinom

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> APC, ATM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, SMAD4, STK11, TP53, VHL |
|--|

Magenkarzinom

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> APC, ATM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CTNNA1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, NTHL1, PALB2, PMS2, POLD1, POLE, PRSS1, RAD51D, SDHB, SMAD4, STK11, TP53 |
|--|

Gastrointestinale Stromatumoren (GIST)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> KIT, MAX, MEN1, NF1, PDGFRA, PRKAR1A, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMARCB1, TMEM127 |
|---|

Hereditäres/ Familiäres Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> DLST, EPAS1, MAX, MDH2, MEN1, NF1, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SCLC25A11, TMEM127, VHL |
|--|

Li-Fraumeni-Syndrom

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TP53, CHEK2 |
|--------------------------------------|

Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ATM, BRCA1*, BRCA2*, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53
<i>*einschließlich Gendosisanalyse</i> |
|---|

Endometriumkarzinom

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> AKT1, BMPR1A, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SEC23B, STK11, TP53 |
|--|

Name Patient, Geburtsdatum: _____

Neurofibromatose/ Schwannomatose

-
- NF1, NF2, SMARCB1*

Gorlin-Goltz-Syndrom/ Basalzellnävussyndrom

-
- PTCH1, PTCH2, SUFU*

Melanom

-
- ACD, BAP1, BRCA1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, DDB2, ERCC2, ERCC3, ERCC4, ERCC5, MC1R, MITF, POLH, POT1, PTEN, RB1, TERF2IP, TERT, TP53, XPA, XPC*

Unklares Tumorsyndrom

-
- Cancer Core Panel*

Hierfür bitte die Tumorerkrankungen der Indexperson und/ oder der Familienangehörigen auf der ersten Seite des Formulars eintragen und nach Möglichkeit ärztliche Befunde beilegen.

Einzelgendiagnostik/ Individuelles Panel

-
- Wir bieten bei spezifischen Fragestellungen Einzelgenuntersuchungen bzw. individuelle Panels an. Bitte kontaktieren Sie uns in diesem Fall: Prof. Dr. med. Silke Redler (
- silke.redler@med.uni-duesseldorf.de
-), Dr. rer. nat. Cornelia Blank (
- cornelia.blank@med.uni-duesseldorf.de
-), Dr. rer. nat. Beate Betz (
- betzb@med.uni-duesseldorf.de
-)