

**Nur für gesetzlich Krankenversicherte mit Überweisungsschein Muster 10!**

Postadresse und Probenversand: Institut für Humangenetik, MFZ I, Geb. 13.58.01, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf  
 Ansprechpartner: Dr. Matthias Drechsler, Dr. Beate Betz, Tel.: 0211-81-06795/06796; [humangenetik@med.uni-duesseldorf.de](mailto:humangenetik@med.uni-duesseldorf.de)

**Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – CFTR & AZF**

**Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Kontaktadresse: \_\_\_\_\_

**Einsender** (Name + Adresse oder Stempel)  
 Arzt (Name): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 (Stempel) \_\_\_\_\_

---

**Anforderungsdatum** \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit**  Eilig  Routine

**Kostenübernahme**  
 Ambulant GKV  
 (Überweisungsschein Muster 10)

**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.)

\_\_\_\_\_

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

**Ethnische Herkunft:** \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 (insbesondere für CFTR)

Konsanguinität

**Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden**

Differential-diagnostische Abklärung  **CFTR**  
 **AZF**

Prädiktive Testung Variante(n): \_\_\_\_\_  
 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](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) \_\_\_\_\_