

**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. med. Barbara Leube, Tel.: 0211-81-06795/06796; [Barbara.Leube@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Barbara.Leube@med.uni-duesseldorf.de)

## Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Neurogenetik

### Patientendaten

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

### Einsender (Name + Adresse oder Stempel)

Arzt (Name): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Stempel) \_\_\_\_\_  
**Anforderungdatum** \_\_\_\_\_  
**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.)

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> gait ataxia (HP:0002066)                   | <input type="checkbox"/> spastic paraplegia (HP:0001258)           | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> |
| <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)             |  |

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

Konsanguinität:

### Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden

Differential-diagnostische Abklärung

Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung)

Gezielte Diagnostik folgender Gene: (basierend auf Exom-Sequenzierung)

Anderes: \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_