

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: Prof. Dr. med. Dagmar Wieczorek, Tel.: 0211-81-06795/06796; humangenetik@med.uni-duesseldorf.de

Untersuchungsauftrag 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
 Ambulant GKV
(Überweisungsschein Muster 10)

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)

<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"/> Kleinwuchs (HP:0004322)	<input type="checkbox"/> Periphere Neuropathie (HP:0009830)
<input type="checkbox"/> Hemihypertrophie (HP:0001528)	<input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankung (HP:0002180)
<input type="checkbox"/> Adipositas (HP:0001513)	<input type="checkbox"/> Leukodystrophie (HP:0002415)
<input type="checkbox"/> Mikrozephalie (HP:0000252)	<input type="checkbox"/> Optikusatrophie (HP:0000648)
<input type="checkbox"/> Makrozephalie (HP:0000256)	<input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa (HP:0000510)
<input type="checkbox"/> Spastik (HP:0001257)	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (HP:0000083)
<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.)

Konsanguinität:

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden

<input type="checkbox"/> Differential-diagnostische Abklärung	<input type="checkbox"/> Zyto genetische Diagnostik (Heparin-Blut)	<input type="checkbox"/> Exom-Diagnostik (3) (EDTA-Blut)
	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (1)	<input type="checkbox"/> Panel der klinisch geeigneten Gene (basierend auf Exom-Sequenzierung)
<input type="checkbox"/> (1) (2) (3): als Stufendiagnostik	<input type="checkbox"/> FISH bei Verdacht auf: _____	<input type="checkbox"/> Trio-Exom (nach Rücksprache)
	<input type="checkbox"/> genomweite CNV-Analyse (2) (EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/> Trio-Exom für SNV (Privatversicherte / Selbstzahler)
	<input type="checkbox"/> SNP-Array	
	<input type="checkbox"/> Gezielte Diagnostik folgender Gene: _____	

Prädiktive Testung Variante(n) _____
 Segregation/Anlageträgerschaft Gen, Transkript: _____

Asservierung von Untersuchungsmaterial: (keine Weitere Diagnostik) EDTA DNA PAXgene RNA Fibroblasten/ Gewebe 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 alleine/r Befundempfänger*in) _____