

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. Silke Redler, Dr. Harald Surowy, Dr. Beate Betz, Tel.: 0211-81-06795/06796; humangenetik@med.uni-duesseldorf.de

Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Tumorgenetik

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.)

<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"/> Ösophaguskarzinom (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"/> Polyposis (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)

Konsanguinität

Gewünschte Diagnostik / Untersuchungsmethoden (siehe Seiten 2-3 für Panel)

Differential-diagnostische Abklärung Panel der klinisch geeigneten Gene: (basierend auf Exom-Sequenzierung, siehe Seiten 2-3)
 Sonstige Untersuchungsmethoden: _____
 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

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

Nur für gesetzlich Krankenversicherte mit Überweisungsschein Muster 10!

Name Patient, Geburtsdatum: _____

<input type="checkbox"/>	BRCA1*, BRCA2* zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung <i>*einschließlich Gendosisanalyse</i>
<input type="checkbox"/>	lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom
<input type="checkbox"/>	platinsensitives, fortgeschrittenes oder rezidiertes oder progressives high-grade epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom
<input type="checkbox"/>	metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom
<input type="checkbox"/>	nach mindestens 16-wöchiger platinhaltiger Behandlung in Erstlinien-Chemotherapie nicht progredientes, metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas

Lynch-Syndrom/ Hereditäres Nicht-Polypöses Kolonkarzinom (HNPCC) <i>*einschließlich Gendosisanalyse</i>	
<input type="checkbox"/>	Ergebnis MSI und IHC liegt vor: <i>MLH1*, PMS2*</i>
<input type="checkbox"/>	Ergebnis MSI und IHC liegt vor: <i>MSH2*, MSH6*</i>
<input type="checkbox"/>	Tumormaterial liegt nicht vor: <i>MLH1*, MSH2*, MSH6*, PMS2*</i>

Polyposis Syndrome	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Familiäre Adenomatöse Polyposis (FAP) • MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP) • Cowden-Syndrom • Peutz-Jeghers-Syndrom • Hyperplastisches-serratiertes Polyposis-Syndrom • Juvenile Polyposis
<input type="checkbox"/>	<i>APC, BMPR1A, CDH1, EPCAM, GREM1, MLH1, MLH3, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RNF43, RPS20, SMAD4, STK11</i>

Kolorektales Karzinom (unbestimmt)	
<input type="checkbox"/>	<i>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</i>

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

Pankreatitis	
<input type="checkbox"/>	<i>CFTR, CTSC, PRSS1, SPINK1</i>

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

Gastrointestinale Stromatumoren (GIST)	
<input type="checkbox"/>	<i>KIT, MAX, MEN1, NF1, PDGFRA, PRKAR1A, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SMARCB1, TMEM127</i>

Hereditäres/ Familiäres Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom	
<input type="checkbox"/>	<i>DLST, EPAS1, MAX, MDH2, MEN1, NF1, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SCLC25A11, TMEM127, VHL</i>

Li-Fraumeni-Syndrom	
<input type="checkbox"/>	<i>TP53, CHEK2</i>

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

Labor IFH-MG:	Datum Probeneingang:	
	Materialnummer:	

Nur für gesetzlich Krankenversicherte mit Überweisungsschein Muster 10!

Name Patient, Geburtsdatum: _____

Endometriumkarzinom

AKT1, BMPR1A, CDH1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SEC23B, STK11, TP53

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. biol. hum. Harald Surowy (harald.surowy@med.uni-duesseldorf.de), Dr. rer. nat. Beate Betz (betzb@med.uni-duesseldorf.de)