

Nicht für Überweisungsschein Muster 10, dann bitte Anforderungsschein MVZ!

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

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

Privat (Kostenvoranschlag, bitte anfordern) Forschung
 Stationär (Kostenübernahme durch Klinik)

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: (insbesondere für CFTR) Sonstiges: _____
 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

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