

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. med. Barbara Leube, Tel.: 0211-81-06795/06796; 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

☐ Privat
 (Kostenvorschlag, 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.)

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

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

| | | |
|---------------|----------------------|------------------------------|
| Labor IFH-MG: | Datum Probeneingang: | UKD_AnforNeurogenetik_230105 |
| | Materialnummer: | Seite 1 von 1 |