

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

Untersuchungsauftrag Molekulargenetik – Syndromale Erkrankungen

<p>Patientendaten</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>Kontaktadresse: _____</p>	<p>Einsender (Name + Adresse oder Stempel)</p> <p>Arzt (Name): _____ Tel.: _____</p> <p>(Stempel)</p> <hr/> <p>Anforderungsdatum: _____</p> <p>Dringlichkeit <input type="checkbox"/> Eilig <input type="checkbox"/> Routine</p> <p>Kostenübernahme</p> <p><input type="checkbox"/> Privat (Kostenvoranschlag, bitte anfordern) <input type="checkbox"/> Forschung</p> <p><input type="checkbox"/> Stationär (Kostenübernahme durch Klinik)</p>
---	---

Material	<input type="checkbox"/> EDTA (7-9 ml, bei Kindern 1-3 ml)	<input type="checkbox"/> DNA (mind. 5 µg)	<input type="checkbox"/> Hautstanze	<input type="checkbox"/> Anderes
Datum Entnahme: _____	<input type="checkbox"/> Heparin (≥ 2 ml)	<input type="checkbox"/> PAXGene RNA	<input type="checkbox"/> 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"/> Zytogenetische 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) _____