

**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](mailto: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**  
 Privat (Kostenvoranschlag, bitte anfordern)  Forschung  
 Stationär (Kostenübernahme durch Klinik)

**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)

Myopathie / Muskeldystrophie (HP:0003198)  
 Immundefekt (HP:0002715)  
 Tumorerkrankung (HP:0002664)  
 Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (HP:0000202)  
 Organfehlbildung (HP:0002012) (bitte angeben)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**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"/> (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](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) \_\_\_\_\_