

Institut für Humangenetik und MVZ UKMD gGmbH

Prof. Dr. med. Martin Zenker, Dr. med. Ina Schanze

Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Telefon: 0391/67-15062

Fax: 0391/67-15066

http://www.med.uni-magdeburg.de/ihg

Barcode - bitte Feld nicht beschreiben

Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung

⇒ **bitte Einwilligung nach GenDG beilegen!**

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	Einsender (ggf. Stempel)
Name:	Name:
Vorname:	Adresse:
Geburtsdatum:	Tel.-Nr:
männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (ggf. ____SSW)	
Kostenträger	Untersuchungszweck
<input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in > bitte Ü-Schein für Labor (Muster 10) beilegen	<input type="checkbox"/> differentialdiagnostisch
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> prädiktiv / Heterozygotendiagnostik
<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus	<input type="checkbox"/> pränatal
Probenmaterial	Familienangehörige / Indexpatient
Entnahmedatum:	
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	
<input type="checkbox"/> DNA	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte differenzieren)	
.....	
Indikation/Fragestellung	
<p><i>weitere Angaben sowie Stammbaumskizze bitte ggf. auf der Rückseite vermerken</i></p>	

Name des Patienten:

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen ☒)	
<p>Tumorerkrankungen</p> <p>Erbliche Tumorerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Familiärer Brust- und Eierstockkrebs<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2<input type="checkbox"/> RAD51C, RAD51D, CHEK2, PALB2, TP53, CDH1<input type="checkbox"/> HNPCC, Lynch-Syndrom<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> MLH1 <input type="checkbox"/> PMS2 <input type="checkbox"/> MSH2 <input type="checkbox"/> MSH6<input type="checkbox"/> Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP1) / Attenuierte Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP2)<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> APC <input type="checkbox"/> MUTYH <input type="checkbox"/> POLE <input type="checkbox"/> POLD1<input type="checkbox"/> NTHL1-assoziierte Polyposis (NTHL1)<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrome (PJS) (STK11)<input type="checkbox"/> Magen-Karzinom (familiär, diffus) (CDH1)<input type="checkbox"/> PTEN-Hamartoma-Tumor-Syndrom (PTEN)<input type="checkbox"/> DICER1-Syndrom (DICER1)<input type="checkbox"/> Familiäres medulläres Schilddrüsenkarzinom (FMTC), MEN2 (RET) <p>Phakomatose / Neurokutane Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1 (NF1)<input type="checkbox"/> Legius-Syndrom (SPRED1)<input type="checkbox"/> Tuberöse Sklerose (TSC)<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TSC1 <input type="checkbox"/> TSC2<input type="checkbox"/> von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)	<p>Mosaik-Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Proteus-Syndrom (AKT1) ###)<input type="checkbox"/> CLOVES-Syndrom (PIK3CA) ###)<input type="checkbox"/> Megalencephaly-Capillary Malformation (MCAP, MPPH)<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> PIK3CA <input type="checkbox"/> PIK3R2 <input type="checkbox"/> AKT3 <input type="checkbox"/> CCND2<input type="checkbox"/> Schimmelpenning-Feuerstein-Mims-Syndrom ###) (SFMS) (KRAS, HRAS, NRAS, BRAF)<input type="checkbox"/> Neurokutane Melanose (NCMS) (NRAS)<input type="checkbox"/> Okulo-Ektodermales Syndrom (OES) (KRAS) ###)<input type="checkbox"/> Systemische Mastozytose (KIT)

Molekulargenetische Vorbefunde / Stammbaum und ggf. weitere Angaben

Material: EDTA-Blut 3 - 5 ml
###) besonderes Untersuchungsmaterial erforderlich (bitte Rücksprache)