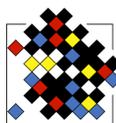


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Patienten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anforderungsschein Molekular- und Zytogenetische Diagnostik

Stand 09/2015 Version 04



Laborärzte Sindelfingen

Vogelhainweg 4-6 Postfach 580
71065 Sindelfingen 71047 Sindelfingen
Telefon 07031 - 79 930 Telefax 07031 - 87 46 91



Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 und 17025

Auftrag

wie umseitig angekreuzt

Sonstige _____

Arztstempel

Probenmaterial

Entnahme (Datum/Uhrzeit): _____

EDTA-Blut (E) ≥ 2ml

Wangenschleimhautabstrich (WSA)

Heparin-Blut (H) ≥ 5ml

Sonstiges _____

Rechnungsart

Kasse (bitte Überweisungsschein beifügen)

Privat

Selbstzahler / IGeL

Angaben zum Patienten

Geschlecht

weiblich

männlich

Ethnische Herkunft _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja, SSW:

Nein

Diagnose / Verdacht auf / klinische Symptome / Untersuchungsanlass / Familienanamnese / Vorbefunde: _____

Wurde/n die angeforderte/n genetische/n Analyse/n bereits bei einem betroffenen Familienangehörigen durchgeführt?

Ja Befundergebnis*: _____

Nein

***Wichtige Information, da bei Kenntnis der familiären Mutation eine gezieltere, kostengünstigere und aussagekräftigere Diagnostik durchgeführt werden kann. Wenn möglich bitte Befundkopie beifügen.**

Einverständniserklärung

Ich wurde gemäß den Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes aufgeklärt und willige in die Durchführung der angeforderten genetischen Untersuchung/en und die dafür erforderliche Probengewinnung ein. Der ggf. notwendigen Weiterleitung von Untersuchungsaufträgen an medizinische Kooperationslabore stimme ich zu. Ich bin damit einverstanden, dass die erhaltenen Untersuchungsergebnisse auch an folgende Personen übermittelt werden: _____

Meine Untersuchungsergebnisse müssen nicht nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren vernichtet werden. Mit der Aufbewahrung und Verwendung von nicht verbrauchtem Probenmaterial zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätssicherung (in pseudonymisierter Form) und für weitere Untersuchungsaufträge bin ich einverstanden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen und die Untersuchung bis zur Ergebnismitteilung stoppen kann. Darüber hinaus kann ich darüber entscheiden, ob und inwieweit die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt oder vernichtet werden sollen.

Für Privatpatienten und Selbstzahler:

Ich wurde über die Kosten der genetischen Untersuchung/en informiert und bin damit einverstanden, dass mir diese direkt in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift verantwortliche/r Ärztin / Arzt

Genetische Untersuchungen alphabetisch

<input type="checkbox"/>	Alpha-1-Antitrypsin (SERPINA1; Mangelallele PIS, PIZ)	E
<input type="checkbox"/>	Antithrombin (SERPINC1)	E
<input type="checkbox"/>	Azoospermiefaktor (AZF)	E
<input type="checkbox"/>	CBAVD (CFTR)	E
<input type="checkbox"/>	Crigler-Najjar-Syndrom (UGT1A1)	E
<input type="checkbox"/>	Cystische Fibrose (CFTR)	E
<input type="checkbox"/>	Faktor II (Prothrombin; 20210G/A)	E
<input type="checkbox"/>	Faktor V	E
	○ Leiden Mutation (Arg506Gln)	
	○ Cambridge (Arg306Thr)	
	○ HR2 (His1299Arg)	
<input type="checkbox"/>	Faktor VII (F7)	E
<input type="checkbox"/>	Faktor XIII (Val34Leu)	E
<input type="checkbox"/>	Fruktoseintoleranz, hereditäre (ALDOB)	E
<input type="checkbox"/>	Hämochromatose, Typ 1 (HFE; Cys282Tyr, His63Asp, Ser65Cys)	E
<input type="checkbox"/>	Hämoglobinopathien	E
	○ α-Thalassämie, alpha-Ketten-Anomalien (HBA1, HBA2)	
	○ β-Thalassämie, beta-Ketten-Anomalien (HBB)	
<input type="checkbox"/>	HLA-B27	E
<input type="checkbox"/>	HLA-B5701	E
<input type="checkbox"/>	HLA-DQ2_DQ8	E
<input type="checkbox"/>	Interleukin-28-B (IL28B) rs12979860C/T-PM	E
<input type="checkbox"/>	Inosin-Triphosphatase (ITPA) rs1127354C/A-, rs7270101A/C-PM	E
<input type="checkbox"/>	Laktose-Intoleranz, adulte (LCT; -13910C/T, -22018G/A)	WSA , E
<input type="checkbox"/>	Mittelmeerfieber, Familiäres (MEFV)	E
<input type="checkbox"/>	Morbus Fabry (GLA)	E
<input type="checkbox"/>	Morbus Meulengracht (UGT1A1)	E
<input type="checkbox"/>	MTHFR (677C/T)	E
<input type="checkbox"/>	Mukoviszidose (CFTR)	E
<input type="checkbox"/>	Pankreatitis Atypische Cystische Fibrose (CFTR)	E
<input type="checkbox"/>	Plasminogen-Aktivator-Inhibitor-(PAI)-1 (4G/5G-Polymorphismus)	E
<input type="checkbox"/>	Protein C (PROC)	E
<input type="checkbox"/>	Protein S (PROS1)	E

Fremduntersuchungen (werden verschickt)

<input type="checkbox"/>	Abacavir-Hypersensitivität (HLA-B*5701)	E
<input type="checkbox"/>	Achondroplasie (FGFR3)	E
<input type="checkbox"/>	Adrenogenitales Syndrom (21-Hydroxylase-Mangel; CYP21A2)	E
<input type="checkbox"/>	Alzheimer Erkrankung, familiäre Frühform (APP, PSEN1, PSEN2)	E
<input type="checkbox"/>	Angelman-Syndrom	E
<input type="checkbox"/>	Angioödem, hereditäres (SERPING1)	E
<input type="checkbox"/>	Angioödem, Typ 3, östrogensensitiv (F12)	E
<input type="checkbox"/>	Apolipoprotein B100 (ApoB; Arg3500Gln, Arg3500Trp, Arg3531Cys)	E
<input type="checkbox"/>	Apolipoprotein E-Genotypisierung (ApoE2, E3, E4)	E
<input type="checkbox"/>	Brustkrebs, familiär (BRCA1, BRCA2)	E
<input type="checkbox"/>	Charcot-Marie-Tooth Erkrankung (CMT)	E
	○ Typ 1A, CMT1A (PMP22)	
	○ Typ _____	
<input type="checkbox"/>	Chemokin-Rezeptor 5, CCR5 (CCR5 delta 32 Polymorphismus)	E
<input type="checkbox"/>	Chorea Huntington (HD)	E
<input type="checkbox"/>	Chromosomendiagnostik postnatal	H
<input type="checkbox"/>	Colon-Karzinom, familiär, nicht polypös, HNPCC (MLH1, MLH2, MSH6, PMS2)	E
<input type="checkbox"/>	Colon-Karzinom, familiär, polypös, FAP (APC, MUTYH)	E
<input type="checkbox"/>	Cowden-Syndrom (PTEN)	E
<input type="checkbox"/>	DiGeorge Syndrom	H+E
<input type="checkbox"/>	Down-Syndrom (Trisomie 21)	H
<input type="checkbox"/>	Ehlers-Danlos-Syndrom	E
	○ Typ _____	
<input type="checkbox"/>	Fragiles X-Syndrom (FMR1)	E
<input type="checkbox"/>	Galaktosämie (Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase, GALT)	E
<input type="checkbox"/>	Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel (G6PD)	E

<input type="checkbox"/>	Hämochromatose	E
	○ Typ 1 (HFE-Sequenzierung)	
	○ Typ 2A Hemojuvelin (HJV)	
	○ Typ 2B Hepsidin (HAMP)	
	○ Typ 3 Transferrinrezeptor 2 (TFR2)	
	○ Typ 4 Ferroportin (SCL40A1)	
<input type="checkbox"/>	Hereditäre Neuropathie mit Neigung zu Druckläsionen, HNPP (PMP22)	E
<input type="checkbox"/>	Hyper-IgD Syndrom (HIDS; MVK)	E
<input type="checkbox"/>	Hypochondroplasie (FGFR3)	E
<input type="checkbox"/>	JAK2	E
<input type="checkbox"/>	Kallmann-Syndrom	H+E
<input type="checkbox"/>	Klinefelter-Syndrom	H
<input type="checkbox"/>	LDL-Rezeptor (LDLR)	E
<input type="checkbox"/>	Li-Fraumeni-Syndrom (TP53)	E
<input type="checkbox"/>	Marfan-Syndrom	E
	○ Typ I (FBN1)	
	○ Typ II (TGFBF1, TGFBF2)	
<input type="checkbox"/>	Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAT)	E
<input type="checkbox"/>	MODY-Diabetes	E
	○ Typ 1 (HNF4A)	○ Typ 2 (GCK)
	○ Typ 3 (HNF1A/TCF1)	○ Typ 4 (IPF1)
	○ Typ 5 (HNF1B/TCF2)	○ Typ 6 (NeuroD/BETA2)
<input type="checkbox"/>	Morbus Crohn (NOD2/CARD15)	E
<input type="checkbox"/>	Morbus Gaucher (GBA)	E
<input type="checkbox"/>	Morbus Hirschsprung (RET)	E
<input type="checkbox"/>	Morbus Wilson (ATP7B)	E
<input type="checkbox"/>	Muckle Wells Syndrom (CIAS1)	E
<input type="checkbox"/>	Multiple endokrine Neoplasie	E
	○ Typ 1 (MEN1)	
	○ Typ 2 (RET)	
<input type="checkbox"/>	Muskelatrophie, spinal Typ Hoffmann-Werdnig (SMN1)	E
<input type="checkbox"/>	Muskelatrophie, spinobulbär Typ Kennedy (AR)	E
<input type="checkbox"/>	Muskeldystrophie Becker (Dystrophin)	H+E
<input type="checkbox"/>	Muskeldystrophie Duchenne (Dystrophin)	H+E
<input type="checkbox"/>	Myotone Dystrophie Typ 1, Curschmann-Steinert Syndrom (DMPK)	E
<input type="checkbox"/>	Neurofibromatose	E
	○ Typ 1 (NF1)	
	○ Typ 2 (NF2)	
<input type="checkbox"/>	Neuropathien, hereditäre (s. CMT, HNPP)	E
<input type="checkbox"/>	Noonan-Syndrom (PTPN11, SOS1, KRAS)	E
<input type="checkbox"/>	Osteogenesis imperfecta (COL1A1/A2)	E
<input type="checkbox"/>	Ovarialkarzinom, familiär (BRCA1/BRCA2)	E
<input type="checkbox"/>	Pankreatitis, hereditäre (PRSS1, SPINK1)	E
<input type="checkbox"/>	Pankreatitis, idiopathische, chronische (PRSS1, SPINK1, CTFR)	E
<input type="checkbox"/>	Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11)	E
<input type="checkbox"/>	Phäochromozytom	E
<input type="checkbox"/>	Phenylketonurie (PAH)	E
<input type="checkbox"/>	Philadelphia-Chromosom (BCR/ABL-Translokation)	H+E
<input type="checkbox"/>	Prader-Willi-Syndrom	E
<input type="checkbox"/>	PTEN-Hamartom-Tumor-Syndrome (PTEN)	E
<input type="checkbox"/>	Pyruvatkinase (PKLR)	E
<input type="checkbox"/>	Rett Syndrom (MECP2)	E
<input type="checkbox"/>	SHOX-Defizienz (SHOX)	E
<input type="checkbox"/>	TNF-Rezeptor assoziiertes Periodisches Fieber (TRAPS; TNFRSF1A)	E
<input type="checkbox"/>	Ullrich-Turner-Syndrom	H
<input type="checkbox"/>	Von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)	E
<input type="checkbox"/>	Wolf-Hirschhorn-Syndrom	H+E

Material:

E=EDTA-Blut **WSA**=Wangenschleimhautabstrich **H**=Heparin-Blut