

**Anforderungsschein**  
zur Durchführung einer genetischen Analyse

Einsendender Arzt/Klinik	Abrechnung	Einverständniserklärung nach GTG
Name: _____	<input type="radio"/> Überweisungsschein	<input type="radio"/> liegt bei
Klinik: _____	<input type="radio"/> Rechnung ad Klinik	<input type="radio"/> liegt beim anfordernden Arzt vor
Adresse: _____	<input type="radio"/> Privat	
Telefonnummer: _____		
		<b>Material</b> <input type="radio"/> EDTA-Blut <input type="radio"/> _____ <b>Datum/Uhrzeit</b> _____
<b>Patientendaten (Etikett)</b>		
Nachname: _____	Vorname: _____	<b>Diagnose:</b> _____
Geburtsdatum: _____	Geschlecht: m / w	_____
Adresse: _____	<b>Familienanamnese:</b> <input type="radio"/> pos <input type="radio"/> neg	

**Auflistung nach Indikationen (Gene in Klammern)**

<p><b>Hereditäre Tumorprädispositionssyndrome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> HNPCC / Lynch-Syndrom (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)</li> <li><input type="radio"/> Li-Fraumeni Syndrom, LFS (TP53)</li> <li><input type="radio"/> Mamma- und Ovarialkarzinom, hereditär (BRCA1, BRCA2, RAD51C, PALB2, CHEK2)</li> <li><input type="radio"/> Neurofibromatose Typ 1, NF1 (NF1)</li> <li><input type="radio"/> Von Hippel-Lindau Syndrom, VHL (VHL)</li> </ul> <p><b>Knochen- und Bindegewebserkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fam. Aortenaneurysma / Erdheim-Gsell (TGFB1, TGFB2, ACTA2, MYH11, MYLK, PRKG1)</li> <li><input type="radio"/> Hypophosphatämische Rachitis, autosomal dominant, ADHR (FGF23)</li> <li><input type="radio"/> Hypophosphatämische Rachitis, autosomal rezessiv Typ 1 und 2, ARHR Typ 1 und 2 (DMP1, ENPP1)</li> <li><input type="radio"/> Hypophosphatämische Rachitis, X-chromosomal, XLHR (PHEX)</li> <li><input type="radio"/> Hypophosphatämische Rachitis, mit Hyperkalziurie, HHRH (SLC34A3)</li> <li><input type="radio"/> Loey-Dietz Syndrom, LDS, Typ 1A bzw. 2A (TGFB1 bzw. TGFB2)</li> <li><input type="radio"/> Marfan-Syndrom, MFS (FBN1)</li> <li><input type="radio"/> McCune-Albright Syndrom, MAS (GNAS1)</li> <li><input type="radio"/> Metaphysäre Chondrodysplasie, Typ Schmid (COL10A1)</li> <li><input type="radio"/> Osteopetrose, autosomal dominant (CLCN7, LRP5)</li> <li><input type="radio"/> Osteogenesis Imperfecta, OI, Typ 1-4 (COL1A1, COL1A2)</li> <li><input type="radio"/> Sclerosteosis Typ 1, van Buchem-Disease (SOST)</li> <li><input type="radio"/> Osteoporose, Sp1-Polymorphismus (COL1A1 – Sp1)</li> </ul> <p><b>Oligo-/Azoospermie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Cystische Fibrose / Mukoviszidose / CAVD (CFTR)</li> <li><input type="radio"/> Azoospermiefaktor (AZF1/SRY)</li> </ul>	<p><b>Kardiogenetik und neuromuskuläre Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Herzfehler, komplexe (CFC1, GDF1)</li> <li><input type="radio"/> Kardiomyopathie/Dysplasie, arrhythmogene rechtsventrikuläre, ARVC/ARVD (PKP2, DSP, DSG2, DSC2, JUP, TMEM43)</li> <li><input type="radio"/> Kardiomyopathie, hypertrophe obstruktive, HOCM (MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, TPM1, MYL2, MYL3, ACTC1, CSRP3)</li> <li><input type="radio"/> Long QT Syndrom, LQTS (KCNQ1, KCNH2, SCN5A, KCNJ2)</li> <li><input type="radio"/> Myofibrilläre Myopathie (MYOT)</li> <li><input type="radio"/> Ventrikuläre Tachykardie (CASQ2)</li> <li><input type="radio"/> BSCL2-assoziierte Neuropathie (BSCL2 – Ex 3)</li> </ul> <p><b>Stoffwechselerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Hämochromatose, Typ I (HFE)</li> <li><input type="radio"/> Maturity-onset diabetes of the Young, MODY, Typ 1-3 (HNF4A, GCK, HNF1A/TCF1, HNF1B)</li> <li><input type="radio"/> Morbus Wilson (ATP7B)</li> <li><input type="radio"/> Alpha1-Antitrypsin-Mangel (SERPINA1 PiS-Allel, PiZ-Allel)</li> <li><input type="radio"/> Fam. Hypercholesterinämie (LDLR)</li> </ul> <p><b>Sonstiges</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Androgen Resistenz Syndrom, AIS (AR)</li> <li><input type="radio"/> Berardinelli-Seip Congenitale Lipodystrophie (BSCL2 – Ex3)</li> <li><input type="radio"/> Chronisch progressive externe Ophthalmoplegie Typ 1-4, PEOA1-4 (POLG, ANT1, C10ORF2/twinkle, POLG2)</li> <li><input type="radio"/> Fam. Mittelmeerfieber (MEFV)</li> <li><input type="radio"/> Hereditäre Pankreatitis (SPINK1, PRSS1, CFTR, CTSC)</li> <li><input type="radio"/> Polyarteriitis nodosa, PAN (CECR1/ADA2)</li> <li><input type="radio"/> Retinoschisis (RS1)</li> <li><input type="radio"/> Thalassämie, alpha bzw beta (HBA1 und HBA2 bzw. HBB)</li> </ul>
--	--

Ort, Datum

Name des anfordernden Arztes

Unterschrift/Stempel