



Einsender:

Patientendaten:

Untersuchungsgrund: diagnostisch prädiktiv auf familiäre Mutation _____

(Bitte ankreuzen)

- Patient selbst klinisch betroffen
 Familienangehörige betroffen – wer? _____
 es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
 folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: _____

Untersuchungsanforderung Familiäre Tumordispositionen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP/MAP/PPAP) <i>(Stufendiagnostik)</i>	<u>Stufe 1:</u> APC <u>Stufe 2:</u> MUTYH <u>Stufe 3:</u> POLD1, POLE
<input type="checkbox"/> Hereditäres non-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC) <i>(Stufendiagnostik)</i>	<u>Stufe 1:</u> MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 <u>Stufe 2:</u> EPCAM
<input type="checkbox"/> Hereditäres non-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC) <i>(nach pos. MSI bzw. Expressionsminderung)</i>	<input type="checkbox"/> MSH2, MSH6 <input type="checkbox"/> MLH1, PMS2
<input type="checkbox"/> Juveniles Polyposis-Syndrom (JPS)	BMPR1A, SMAD4
<input type="checkbox"/> Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom <i>(Stufendiagnostik)</i>	<u>Stufe 1:</u> BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, RAD51C <u>Stufe 2:</u> ATM, BRIP1, CDH1, NBN, PTEN, RAD51D, STK11, TP53
<input type="checkbox"/> Noonan-Syndrom <i>(Stufendiagnostik)</i>	<u>Stufe 1:</u> PTPN11 <u>Stufe 2:</u> BRAF, KRAS, RAF1, RIT1, SOS1, SPRED1
<input type="checkbox"/> Tuberöse Sklerose	TSC1, TSC2
<input type="checkbox"/> Von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)	VHL
<input type="checkbox"/> Wilms Tumor (Nephroblastom)	WT1

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)
- 5 ml EDTA-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet