

# Auftrag zur humangenetischen Diagnostik – Genomische Instabilitäts-Syndrome Funktionell

09/25

Institut für klinische Genetik und Genommedizin, UKW, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

**Patientendaten (ggf. Aufkleber):**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**

<p><u>Gesetzlich</u></p> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> OPS 1-942 <input type="checkbox"/> OPS 1-944 <input type="checkbox"/> Fanconi-Register <input type="checkbox"/> EWOG MDS	<p><u>Privat</u></p> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Fanconi-Register <input type="checkbox"/> EWOG MDS
---	--

**MATERIAL: Ca. 10 ml Heparin-Blut**

Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken, bei Raumtemperatur aufbewahren und versenden.

Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.

Bei Fragen: Tel.: 0931-3184065

**G-Nr.:**

**UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG (bitte ankreuzen)**

**Material**

- peripheres Vollblut (Heparin)
- leukämisches Blut (Heparin)
- Knochenmark (Heparin)
- DNA
- Hautgewebe
- Fibroblastenkultur
- Fruchtwasser
- Amnionzellen
- Chorionzotten

**Verdachtsdiagnose**

- Fanconi-Anämie
- Ataxia telangiectasia ★
- Nijmegen-Breakage-Syndrom ★
- zelluläre Radiosensitivität ★

- klinisch gesichert
- differentialdiagnostisch
- Ausschluss
- prädiktiv
- Pränataldiagnostik

★ Das Material zu diesen Diagnosen darf bei uns aus organisatorischen Gründen nicht am Freitag eintreffen!

**Angaben zum Patienten - Bitte sorgfältig ausfüllen!**

Geburtsgewicht:

- Postnataler Minderwuchs:     ja     nein
- Mikrocephalie:                 ja     nein
- Ohrfehlbildungen:             ja     nein
- Angeborene Herzfehler:       ja     nein
- Geistige Retardierung:         ja     nein
- Infertilität:                     ja     nein

- Pigmentstörungen der Haut:     ja     nein
- Mikrophthalmie:                 ja     nein
- Radialstrahlanomalien:          ja     nein
- Nierenanomalien:                 ja     nein
- Genitalfehlbildungen:          ja     nein
- Leukämie / Malignome:          ja     nein

Andere Fehlbildungen:

Hämatologische Veränderungen:

Knochenmarkbefund:

weitere Angaben (z.B. Symptome, Stammbaum), wenn möglich, bitte Arztbrief beilegen

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name (bitte in Druckschrift) und

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel des verantwortlichen Arztes