

Auftrag zur Phäochromozytom/Paragangliom Untersuchung

Instituts für Klinische Genetik und Genommedizin, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

M W
Name _____
Vorname _____ geb. _____

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

Gesetzlich
 ambulant
 stationär
 OPS 1-942
 OPS 1-944

Privat
 ambulant
 stationär

Informationen zur Eigen- und Familienanamnese, sonstige Bemerkungen (bitte Befundkopie beilegen):

Informationen zur Diagnostik (bitte unbedingt ausfüllen!):

- Differentialdiagnostik** (Symptome vorhanden)
Gibt es genetische Vorbefunde? Nein
 Ja. Befunde bitte auflisten (ggf. Beiblatt oder Kopien beilegen)
- Prädiktive** **Pränatale** **Heterozygoten-Diagnostik**
Indexpatient bekannt: Nein Ja
Verwandtschaftsbeziehung: _____
Mutation bekannt: Nein Ja
Gen: _____ Mutation: _____
Falls kein Indexpatient bekannt, Begründung für prädiktive Diagnostik: _____

 Angaben über die Wahrscheinlichkeit einer Anlageträgerschaft bzw. das verbleibende Lebenszeitrisiko für die Erkrankung.

Gerne beantworten wir Ihre Rückfragen:
Tel: 0931-201-29931, Fax: 0931-201-6029931
E-Mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

UNTERSUCHUNGSAUFTAG (bitte ankreuzen)

Bitte beachten Sie die gesonderten Auftragsformulare für Einzelgenanalysen, sowie Auftragsformulare für andere Panel-Diagnostiken, auf unserer Internetseite.

MATERIAL: **5-10 ml EDTA-Blut**, Röhrchen bitte eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken; ohne Kühlung und möglichst innerhalb einer Woche versenden!

- Familiäres Phäochromozytom/Paragangliom**
(*VHL, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, RET, MAX, NF1, TP53, TMEM127, FH, MET*)

Bemerkungen: _____

Aktuell verwendetes Panel: TruSight Hereditary Cancer (Illumina)

Klinische Angaben:

- Adrenal Extraadrenal Metastasennachweis
 Unilateral Bilateral Multipel

Vorwiegender Hormonexzess:

- Adrenalin Noradrenalin Dopamin

Histologie:

- SDHB* positiv *SDHB* negativ *SDHB* nicht untersucht

Weitere Tumore:

Bemerkungen: _____

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum _____ Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt.
<https://www.ukw.de/klinische-genetik-und-genommedizin/diagnostik/>