

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 Lebenszeitrisko für die Erkrankung.

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

UNTERSUCHUNGSauftrag (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, bruchssicher 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/>