

Untersuchungsauftrag für Genom-Sequenzierung

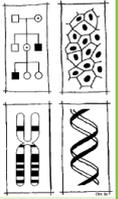
Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name _____ Vorname _____
 geb. _____ männlich weiblich
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____

Bitte zurücksenden an:
 Zentrum Med. Genetik Würzburg
 Biozentrum, Am Hubland
 97074 Würzburg

Praxis für Humangenetik
 PD Dr. med. Erdmute Kunstmann

Institut für Humangenetik, DNA-Labor
 Tel: 0931-3184064, Fax: 0931-3184069
 E-Mail: dna-labor@uni-wuerzburg.de



Kostenträger:

- Modellvorhaben Genomsequenzierung (§ 64e SGB V)
- GKV-Patient (bitte Ü-Schein 10 belegen)
- GOÄ (bitte Adresse für Kostenvoranschlag angeben)

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

Klinische Fragestellung:

Untersuchungsauftrag

- Single-Genom
- Duo-Genom
- Trio-Genom

Bitte geben Sie die Namen und Geburtsdaten der weiteren zu sequenzierenden Personen an und markieren Sie diese im Stammbaum. Bitte beachten Sie, dass wir von allen zu sequenzierenden Personen eine **Einwilligung** benötigen.

Duo: _____ erkrankt: ja nein

Trio: 1. _____ erkrankt: ja nein

2. _____ erkrankt: ja nein

Stammbaum (bitte zu sequenzierende Personen im Stammbaum ergänzen):

- weibliche Person, gesund
- weibliche Person, betroffen
- männliche Person, gesund
- männliche Person, betroffen

HPO-ID	HPO-Beschreibung

Klinische Information (bitte Befunde beifügen):

Konsanguinität: ja nein

Bisher durchgeführte genetische Diagnostik (bitte Befunde beifügen):

- Chromosomenanalyse: ja nein (unauffällig, auffällig)
 Array-CGH-Analyse: ja nein (unauffällig, auffällig)
 Fragiles X Syndrom Diagnostik: ja nein (unauffällig, auffällig)
 Exom-Sequenzierung: ja nein (unauffällig, auffällig, Jahr der Diagnostik: _____)
 sonstiges: _____

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung aller zu sequenzierenden Personen vorliegt.

<https://www.biozentrum.uni-wuerzburg.de/humangenetik/patientenversorgung/formulare/>