Auftrag zur Phäochromozytom/Paragangliom Untersuchung

Zentrum Medizinische Genetik Würzburg, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

☐ M ☐ W

Name

Vorname geb.

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

☐ **GKV-Patienten** ▶ **bitte Ü-Schein 10 beilegen**

☐ **Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten)**

☐ **Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)**

☐ **GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

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.
_____

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, 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)

https://www.biozentrum.uni-wuerzburg.de/humangenetik/patientenversorgung/diagnostikangebot/erbliche-tumordispositionen-ngs/

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.biozentrum.uni-wuerzburg.de/fileadmin/03280000/user_upload/5_Patientenversorgung/Formulare/Einwilligungserklaerung.pdf