

# 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)
- Abrechnung gemäß § 116b SGB V (nach EBM)
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik  
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdigen 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  
Verwandschaftsbeziehung: \_\_\_\_\_  
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, bruch sicher 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](https://www.biozentrum.uni-wuerzburg.de/fileadmin/03280000/user_upload/5_Patientenversorgung/Formulare/Einwilligungserklaerung.pdf)

