

Auftrag zur Sequenzierung eines Hörstörungs-Panels

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)**
Falls Kostenvorschlag erforderlich, bitte anfordern.
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)**
Falls Kostenvorschlag erforderlich, bitte anfordern.
- GOÄ-Rechnung an Einsender/Klinik**
GOÄ-Abrechnungen erfolgen über die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Klinische Verdachtsdiagnose (bitte Befundkopie beilegen):

Informationen zur Eigen- und Familien-Anamnese:

Informationen zum Hörstörungs-Panel:

Die Technik des „Next generation sequencing“ (NGS) erlaubt die parallele Analyse zahlreicher Gene in einem Untersuchungsansatz mittels sog. Panel-Diagnostik. Für unser **Hörstörungs-Panel** haben wir **mehrere Subpanels** mit einer klinisch orientierten Auswahl an Genen zusammengefasst, die ursächlich für die häufigsten Formen von Hörstörungen sein können.

Bitte kreuzen Sie unten das gewünschte Subpanel bzw. Panel an.

> Bitte beachten Sie auch unser Auftragsformular für **Einzelgen-Analysen** (z.B. **GJB2, STRC, SLC26A4**, etc.) auf unserer Internetseite:

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

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

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

nicht syndromale dominante Hörstörungen (NSADHL)

ABCC1, ACTG1, ATP2B2, ATP11A, ATOH1, CCDC50, CD164, CEACAM16, COCH, COL11A1, COL11A2, CRYM, DIABLO, DIAPH1, DMXL2, DSPP, ELMOD3, EPHA10, EYA4, GJB2, GJB3, GJB6, GREB1L, GRHL2, GSDME, HOMER2, KCNQ4, IFLNR1, KITLG, LMX1A, MAP1B, MCM2, MIR96, MYH9, MYH14, MYO3A, MYO6, MYO7A, NCOA3, NLRP3, OSBPL2, P2RX2, PDE1C, PI4KB, PLS1, POU4F3, PTPRQ, RIPOR2, REST, SCD5, SIX1, SLC12A2, SLC17A8, SLC44A4, TBC1D24, TECTA, THOC1, TJP2, TMC1, TNC, TRRAP, USP48, WFS1

nicht syndromale rezessive Hörstörungen (NSARHL)

(STRC ggf. separat anfordern – siehe Einzelgen-Analyse)

ADCY1, AFG2B, BDP1, BSND, CABP2, CDC14A, CDH23, CEACAM16, CEMIP, CEP250, CIB2, CLDN9, CLDN14, CLIC5, CLRN2, COCH, COL11A2, DCDC2, ELMOD3, EPS8, EPS8L2, ESPN, ESRP1, ESRRB, GAB1, GAS2, GDF6, GIPC3, GJB2, GJB6, GPR156, GPSM2, GRAP, GRXCR1, GRXCR2, HGF, ILDR1, KARS1, LHFPL5, LRTOMT, LOXHD1, LRP5, MERVELD2, MET, MINAR2, MPZL2, MSRB3, MYO3A, MYO6, MYO7A, MYO15A, NARS2, OTOA, OTOF, OTOG, OTOGL, PCDH15, PDZD7, PKHD1L1, PJVK, PNPT1, PPIP5K2, PTPRQ, RDX, RIPOR2, ROR1, S1PR2, SERPINB6, SLC22A4, SLC26A4, SLC26A5, SPNS2, STX4, SYNE4, TBC1D24, TECTA, TMC1, TMEM132E, TMIE, TMPRSS3, TMTCA4, TRIOBP, TPRN, TSPEAR, USH1C, USH1G, WBP2, WHRN

gesamtes Hörstörungspanel (NSADHL, NSARHL, NSMFHL, ANSD, NSXHL, SHL)

komplexe Hörstörungen (Phänotyp-basierte Auswertung), Bitte HPO-Term vordefinieren:

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 (siehe Einwilligungsfomular).