

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, 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)

<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.