

# Auftrag zur humangenetischen Diagnostik

## EWOG-MDS und EWOG-SAA Referenzdiagnostik Fanconi-Anämie

### Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

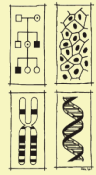
PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

**Institut für Humangenetik  
Zentrum Med. Genetik  
Biozentrum, Am Hubland  
97074 Würzburg**

Dr. Reinhard Kalb  
Tel: 0931-3184064, Fax: 0931-3184069  
R.Kalb@uni-wuerzburg.de



### Material:

- Funktionelle Untersuchung:  
ca. 10 ml **Heparin-Blut/ KM** oder **Fibroblasten/ Haut**
- Molekulargenetik:  
ca. 5 ml **EDTA-** oder **Heparin-Blut**

### KOSTENTRÄGER

### Bei Nichtteilnahme an den EWOG-Studien:



### Untersuchung im Rahmen der Referenzdiagnostik

- Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patient)
- Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patient)
- GOÄ-Rechnung an Einsender/ Klinik
- Abrechnung nach §116b
- Gesetzliche KV (BITTE Ü10 BEILEGEN)
- andere: \_\_\_\_\_

**Hinweis GOÄ:** Abrechnungen erfolgen über die ärztl. Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Bitte den jeweiligen Kostenträger angeben. Die Abrechnung über den Kostenträger erfolgt nur, falls innerhalb eines Quartals keine Aufnahme in die genannten EWOG-Studien erfolgt ist.

### UNTERSUCHUNGSauftrag

#### Verdachtsdiagnose

Fanconi-Anämie (FA)  
(funktionell)

differentialdiagnostisch

#### Bemerkungen:

#### Optionale Untersuchungsmethode (über Kostenträger)

Funktionell und molekulargenetisch (FANC-A, -C, -E, -F, -G)

Untersuchungsmaterial (bitte angeben):  Heparin-Blut  Haut  \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Patienten (BITTE ARZTBRIEF BEILEGEN):

- |   |                         |   |                       |
|---|-------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Postnataler Minderwuchs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Radialstrahlanomalien |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mikrozephalie           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Pigmentstörungen      |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Mikrophthalmie          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nierenanomalien       |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ohrfehlbildungen        | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Genitalfehlbildungen  |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Geistige Retardierung   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leukämie/ Malignome   |

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Hämatologische Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

weitere Angaben

(Symptome, Stammbaum, etc.)

#### Wichtige Hinweise:

- Material bitte eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken und bei Raumtemperatur aufbewahren bzw. verschicken (vor Kälte und Hitze schützen).
- Die Probe sollte spätestens am Tag nach der Entnahme im Labor eintreffen.
- Ohne vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung darf nach Gendiagnostikgesetz nicht mit der Untersuchung begonnen werden.

### ANGABEN ZUM EINSENDER

Probenentnahme am \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des verantwortlich Arztes in **Druckschrift**

Unterschrift

Stempel des verantwortlichen Arztes