

**Postadresse und Probenversand:**

Heinrich-Düker-Weg 12  
37073 Göttingen

**Kontakt:**

Molekulargenetik      Tel.: 0551 / 39-69019      Fax: 0551 / 39-69303      E-Mail: silke.kaufuss@med.uni-goettingen.de

Vorlage Version: 1.4-1124

## Untersuchungsauftrag Molekulargenetik

### - Exom-Analyse (Whole Exome Sequencing, WES) -

Feld bitte frei lassen - Barcode

Patient*in <small>(Patient*innenaufkleber, sofern verfügbar)</small>		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname Patient*in      geb. am		
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstättenr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender*in
Name Ärztin/Arzt (in Druckbuchstaben) (ggf. Stempel):
Telefonische Nachfragen unter:
<b>Untersuchungsmaterial Bitte Beschriftung mit Namen und Geburtsdatum!</b>
Datum Probenentnahme: _____
EDTA-Monovette (ca. 7,5 ml, bei Kleinkindern: 1-3 ml)
DNA
Sonstiges: _____

Geschlecht:    männlich (m)    weiblich (w)    divers (d)    unbestimmt (x)

Schwangerschaft:    ja    nein

SSW / Letzte Regel am: \_\_\_\_\_

**Eine pränatale Diagnostik ist für einige der aufgeführten Erkrankungen möglich. Telefonische Terminvereinbarung bei Schwangerschaft und pränataler Diagnostik erforderlich!**

Ambulant (Überweisungsschein **Muster 10**)      Privat (Kostenvoranschlag unter 0551 / 39 69012 anfordern)

#### Indikation / Angaben zur Erkrankung / Angaben zur Familie / ggf. Stammbaum

Bitte fügen Sie Kopien der Ihnen vorliegenden Arztbriefe und / oder Befunde dem Untersuchungsauftrag bei. Die klinischen Angaben sind maßgeblich für eine erfolgreiche Auswertung der Daten.

**Indikation:** \_\_\_\_\_

Entwicklungsverzögerung:      motorisch      geistig      sprachlich

Kopf-/Hirnauffälligkeiten:      MIKROzephalie      MAKROzephalie      andere: \_\_\_\_\_

Angeborene Fehlbildungen:      \_\_\_\_\_

Weitere klinische Leitsymptome:      \_\_\_\_\_

**Familie**      Eltern nicht konsanguin      Eltern konsanguin

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Auftrag:
<b>Exom</b> <sup>(1)</sup> Folgende Gene sollen besonders berücksichtigt werden:

Einwilligung der Patientin/des Patienten
Eine vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung liegt dem Untersuchungsauftrag bei (auch als Kopie möglich; Vorlage verfügbar unter: <a href="http://www.humangenetik-umg.de">www.humangenetik-umg.de</a> ).
Eine vollständige und im Sinne des GenDG gültige Einwilligungserklärung liegt bei uns vor (überschüssiges Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichten?    ja    nein).

\_\_\_\_\_  
(Datum)      (Name Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben)      (Unterschrift Ärztin/Arzt)