

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

☐ weiblich ☐ männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

☐ gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10) ☐ privat versichert ☐ Rechnung an Klinik ☐ Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

- ☐ Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).
- ☐ Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.
- ☐ Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr.

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst ☐ Ja ☐ Nein

behandelnde Ärzte:

Einwilligung der Patientin/des Patienten

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit.
Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.
Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

☐ Ja ☐ Nein

Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine
erneute genetische Beratung.

☐ Ja ☐ Nein

Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung
bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten

☐ Ja ☐ Nein

Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.

☐ Ja ☐ Nein

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ja ☐ Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.

☐ Ja ☐ Nein

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt
	X	X

Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
Daniela Liebrecht
Dr. med. Franziska Reschke
Dr. med. Dennis Witt M.Sc., B.Sc.

Dr. med. Anne Janke
Dr. med. Daniela Bayer
PD Dr. med. Julia Jückstock
Dr. med. Armin Hauer

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com
www.eurofins-clinical.de/humangenetik
www.eurofins-clinical.de/praenatal-medizin

Friends Tower I

Friedenheimer Brücke 19
80639 München
Humangenetik und
Pränatal-Medizin
T: +49 89 130744-0
F: +49 89 130744-99

Aiblingerstraße 8

80639 München
Humangenetik und
Pränatal-Medizin

Lochhamer Straße 15

82152 Planegg
NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90
Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22
Zytogenetik T: +49 89 130744-55
Probeneinsendung

Humangenetik in Augsburg

Viktoriastraße 3b
86150 Augsburg
T: +49 821 7898-5042
F: +49 821 7898-5001
humangenetik-in-augsburg@
ctde.eurofinseu.com

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), HRB 253626, Amtsgericht München

* Die Akkreditierung bezieht sich auf die Standorte München und Planegg



Dakks
Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-21655-01-00

Art der Probe:

Postnatal:

☐ EDTA-Blut

Datum der Blutentnahme:

☐ Wangenschleimhaut

☐ DNA

Patient/in

☐

weiblich

☐

männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Angeforderte molekulargenetische Untersuchung (Multi-Gen-Panel-Analyse)*

☐ Hauterkrankungen – Gesamtpanel

Ichthyosen

- ☐ Ichthyosis vulgaris
- ☐ X-chromosomal rezessive Ichthyose
- ☐ Autosomal rezessive kongenitale Ichthyose (ARCI)
- ☐ Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie
- ☐ Lamelläre Ichthyose
- ☐ Ichthyoses with epidermolytic hyperkeratosis
- ☐ Bullous congenital ichthyosiform erythroderma (Brocq)
- ☐ Ichthyosis hystrix (Curth-Macklin)
- ☐ Ichthyosis bullosa (Siemens)
- ☐ Harlekin-Ichthyose
- ☐ Syndrome mit Ichthyose
- ☐ Ichthyosis linearis circumflexa (Netherton-Syndrom)
- ☐ Syndromale Formen (z.B. Netherton-, Conradi-Hünermann-, Happle-, Refsum- oder Sjögren-Larsson-Syndrom)

☐ Ichthyosen – Gesamtpanel

Palmoplantare Keratodermien (PPK)

- ☐ Keratosis palmoplantis diffusa
- ☐ Mal de Meleda
- ☐ Keratosis palmoplantis mutilans Vohwinkel
- ☐ Loricrin Keratodermie
- ☐ Palmoplantarkeratose mit Ichthyose (KLICK-Syndrom)
- ☐ Pachyonychia congenita
- ☐ Keratosis palmoplantis areata et striata
- ☐ Acanthosis nigricans

☐ PPK – Gesamtpanel

Autoinflammatorische Dermatosen

- ☐ Generalisierte pustulöse Psoriasis (DITRA)
- ☐ pustulöse/Exanthem-PSO, palmoplantare Pustulose
- ☐ CAPS (Cryopyrin-assoziiertes Syndrom)
- ☐ Familiäres Mittelmeerfieber (FMF)
- ☐ A20-Haploinsuffizienz (autoinflammatorisch, PG-ähnlich)
- ☐ Hyper-IgD-Syndrom
- ☐ familiäre HS

kutane (Blaschko-lineare) Mosaik-Syndrome

- ☐ Incontinentia pigmenti (IP, *IKBKG*-Gen)
- ☐ Fokale dermale Hypoplasie (Goltz-Syndrom, *PORCN*-Gen)
- ☐ Conradi-Hünermann-Happle-Syndrom (*EBP*-Gen)
- ☐ CHILD-Syndrom (*NSDHL*-Gen)
- ☐ Epidermaler Nävus (EN)
- ☐ inflammatorischer linearer verruköser epidermaler Nävus (ILVEN)
- ☐ Kid Syndrom
- ☐ Mosaik-RASopathien (neurokutane Melanose)
- ☐ Segmentale Wachstumsstörungen (PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS))

Epidermolysis bullosa (EB)

- ☐ Epidermolysis bullosa simplex
- ☐ Epidermolysis bullosa dystrophica
- ☐ Epidermolysis bullosa junctionalis
- ☐ Kindler-Syndrom

☐ EB – Gesamtpanel

Bindegewbserkrankungen

- ☐ Ehlers-Danlos-Syndrom
- ☐ Marfan-Syndrom
- ☐ Cutis laxa
- ☐ Pseudoxanthoma elasticum

Angeborene Pigmentierungsstörungen

- ☐ Albinismus
- ☐ Chédiak-Higashi-Syndrom
- ☐ Hermansky-Pudlak-Syndrom
- ☐ Kongenitale umschriebene Hyperpigmentierung (z.B. LEOPARD-Syndrom)

☐ Pigmentierungsstörungen – Gesamtpanel

Ektodermale Dysplasien (ED)

- ☐ X-chromosomal-rezessive hypohidrotische ektodermale Dysplasie (Christ-Siemens-Touraine-Syndrom)
- ☐ Hidrotische ektodermale Dysplasie (Clouston-Syndrom)
- ☐ Ektrodaktylie-Ektodermale-Dysplasie-Syndrom mit Spaltenbildung (EEC-Syndrom)

Tumorerkrankungen mit Hautbeteiligung

- ☐ Neurofibromatose Typ 1 (NF1)
- ☐ Neurofibromatose Typ 2 (NF2)
- ☐ Legius-Syndrom (Neurofibromatose Typ 1-like Syndrom; NFLS)
- ☐ Schwannomatose (Neurofibromatose Typ 3)
- ☐ Tuberöse Sklerose
- ☐ Gorlin-Goltz-Syndrom (Basalzell-Naevus-Syndrom)
- ☐ Xeroderma pigmentosum
- ☐ Leiomyomatose
- ☐ Familiäres atypisches multiples Muttermal- und Melanomsyndrom (FAMMM)
- ☐ Familiäres Melanom
- ☐ Peutz-Jeghers-Syndrom
- ☐ Cowden-Syndrom
- ☐ Multiple endokrine Neoplasien Typ 1
- ☐ Multiple endokrine Neoplasien Typ 2A/2B

Weitere

- ☐ Morbus Darier
- ☐ Morbus Hailey-Hailey
- ☐ Einzelgen Sequenzierung, Gen:

☐ Whole Exome Sequenzierung (auch als Trio-Analyse)

* Für die untersuchten Gene verweisen wir auf die aktuelle Homepage: <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>

Kontaktieren Sie uns gerne, sollte die gewünschte Untersuchung nicht in der Liste enthalten sein.

Telefon +49 89 130744-0 oder humangenetik@ctde.eurofinseu.com

Die hier exemplarisch aufgeführten Gen-Panels sind nur ein Auszug aus der Parameterliste.

Eine vollständige Liste der Gen-Panels, die in unserem Labor untersucht werden können, finden Sie unter <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>