



**Institut für Humangenetik und MVZ UKMD gGmbH**

Prof. Dr. med. Martin Zenker, Dr. med. Ina Schanze  
Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg  
Telefon: 0391/67-15062  
Fax: 0391/67-15066  
<http://www.med.uni-magdeburg.de/ihg>

Barcode - bitte Feld nicht beschreiben

## Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung

⇒ **bitte Einwilligung nach GenDG beilegen!**

Patientendaten (ggf. Aufkleber)	Einsender (ggf. Stempel)
Name:   Vorname:   Geburtsdatum:  männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (ggf. ____SSW)	Name:   Adresse:   Tel.-Nr:
Kostenträger	Untersuchungszweck
<input type="checkbox"/> GKV-Patient/-in ➤ bitte Ü-Schein für Labor (Muster 10) beilegen <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus	<input type="checkbox"/> differentialdiagnostisch <input type="checkbox"/> prädiktiv / Heterozygotendiagnostik <input type="checkbox"/> pränatal
Probenmaterial	Familienangehörige / Indexpatient
Entnahmedatum:  <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte differenzieren)  .....	
Indikation/Fragestellung	
<i>weitere Angaben sowie Stammbaumskizze bitte ggf. auf der Rückseite vermerken</i>	

Name des Patienten: .....

<b>Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen ☐)</b>	
<b>Genetische Syndrome / Mentale Retardierung</b>	
<b>RASopathien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Noonan-Syndrom (PTPN11, SOS1, RAF1, KRAS, NRAS, SHOC2, RIT1, RRAS, CBL, SOS2, RASA2, LZTR1)</li> <li><input type="checkbox"/> CFC-Syndrom (BRAF, MAP2K1, MAP2K2, KRAS)</li> <li><input type="checkbox"/> Costello-Syndrom (HRAS)</li> <li><input type="checkbox"/> LEOPARD-Syndrom (PTPN11, RAF1)</li> <li><input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ 1 (NF1)</li> <li><input type="checkbox"/> Legius-Syndrom (SPRED1)</li> </ul>	<b>Fehlbildungssyndrome</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hutchinson-Gilford-Progerie-Syndrom (LMNA)</li> <li><input type="checkbox"/> Cutis laxa mit progeroiden Merkmalen (PYCR1)</li> <li><input type="checkbox"/> Johanson-Blizzard-Syndrom (UBR1)</li> <li><input type="checkbox"/> Shwachman-Diamond-Syndrom (SBDS)</li> <li><input type="checkbox"/> Fraser-Syndrom           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> FRAS1</li> <li><input type="checkbox"/> FREM2</li> <li><input type="checkbox"/> GRIP1</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Manitoba-okulotrichoanales Syndrom, MOTA-Syndrom (FREM1)</li> <li><input type="checkbox"/> Adams-Oliver-Syndrom           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ARHGAP31</li> <li><input type="checkbox"/> DOCK6</li> <li><input type="checkbox"/> RBPJ</li> <li><input type="checkbox"/> EOGT</li> <li><input type="checkbox"/> NOTCH1</li> <li><input type="checkbox"/> DLL4</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Donnai-Barrow-Syndrom, Fazio-oculo-acustico-renales-Syndrom (FOAR-Syndrom) (LRP2)</li> <li><input type="checkbox"/> Neu-Laxova-Syndrom (NLS)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PHGDH</li> <li><input type="checkbox"/> PSAT1</li> <li><input type="checkbox"/> PSPH</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Ablepharon-Makrostomie-Syndrom (TWIST2)</li> <li><input type="checkbox"/> Barber-Say-Syndrom (TWIST2)</li> <li><input type="checkbox"/> Oto-palato-digitales Syndrom-Spektrum (FLNA)</li> <li><input type="checkbox"/> Cranio-fronto-nasales Syndrom (EFNB1)</li> <li><input type="checkbox"/> Frontonasale Dysplasie (FND)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ALX3</li> <li><input type="checkbox"/> ALX4</li> </ul> </li> </ul>
<b>Mosaik-RASopathien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schimmelpenning-Feuerstein-Mims-Syndrom ###) (SFMS) (KRAS, HRAS, NRAS, BRAF)</li> <li><input type="checkbox"/> Neurokutane Melanose (NCMS) (NRAS)</li> <li><input type="checkbox"/> Okulo-Ektodermale Syndrom (OES) (KRAS) ###)</li> </ul>	
<b>Syndrome mit Mentaler Retardierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ATRX-Syndrom (ATRX)</li> <li><input type="checkbox"/> Fragile-X-Syndrom (Repeatexpansion FMR1)</li> <li><input type="checkbox"/> Marshall-Smith-Syndrom (NFI)</li> <li><input type="checkbox"/> Rett Syndrom           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MECP2</li> <li><input type="checkbox"/> CDKL5</li> <li><input type="checkbox"/> FOXG1</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Sotos Syndrom 1 (NSD1)</li> <li><input type="checkbox"/> Sotos Syndrom 2 / Sotos-like Syndrom / Malan Syndrom (NFI)</li> <li><input type="checkbox"/> X-gekoppelte mentale Retardierung mit Makrozephalie, MRX93 (BRWD3)</li> </ul>	
<b>Imprinting-Erkrankungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beckwith-Wiedemann-Syndrom (Imprinting Chromosom 11)</li> <li><input type="checkbox"/> Silver-Russell-Syndrom (Imprinting Chromosom 11, UPD 7)</li> <li><input type="checkbox"/> Angelman-Syndrom (UBE3A) (Imprinting Chromosom 15, Deletion / UPD 15)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> UBE3A-Sequenzierung</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom (SNRPN) (Imprinting Chromosom 15, Deletion / UPD 15)</li> </ul>	<b>Epilepsie / paroxysmale Störungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Familiäre benigne infantile Anfälle (PRRT2)</li> <li><input type="checkbox"/> Paroxysmale kinesiogene Dyskinesie (PRRT2)</li> <li><input type="checkbox"/> Dravet-Syndrom (SMEI, schwere myoklonische Epilepsie)           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SCN1A</li> <li><input type="checkbox"/> PCDH19</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Generalised Epilepsy with febrile seizures plus (GEFS) (SCN1A)</li> <li><input type="checkbox"/> Epileptische Enzephalopathie           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> STXBP1</li> <li><input type="checkbox"/> KCNQ2</li> <li><input type="checkbox"/> SCN2A</li> <li><input type="checkbox"/> CDKL5</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Epilepsie (idiopatisch generalisiert) (SLC2A1)</li> </ul>
<b>Molekulare Karyotypisierung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> s. gesonderter Untersuchungs-Auftrag</li> </ul>	
<b>Molekulargenetische Vorbefunde / Stammbaum und ggf. weitere Angaben</b>	

**Material: EDTA-Blut 3 - 5 ml**

**### besonderes Untersuchungsmaterial erforderlich (bitte Rücksprache)**