



Institut für Humangenetik
Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz
humangenetik@medunigraz.at
Tel. +43 / 316 / 385-73800
Fax +43 / 316 / 385-79620

Untersuchungsauftrag

Tumorgenetik

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt	Bitte Stempel o. Druckschrift	Kostenübernahme
Name:		<input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei
Klinik:		<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:		<input type="checkbox"/> Privatrechnung an Patient/in
Telefon:		
Email-Adresse:		Krankenkasse:

Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett)

Nachname: Vorname:

Geb. Datum: männlich weiblich

Adresse:

Folgende Informationen sind für die Einleitung einer Diagnostik unbedingt erforderlich!

Zuweisungsdiagnose:

Patient/in ist: Index-Patient/in nicht Index Patient/in → Name der/des Index Patientin/en:

Klinische Informationen: liegen bei (Arztbrief, Befunde, etc.) nicht vorhanden werden nachgereicht

Familienstammbaum: liegt bei nicht relevant/vorhanden bitte im Zuge einer genetischen Beratung am Institut für Humangenetik erheben

Liegen Tumorerkrankungen in der Familie vor? Wenn ja, welche:

Untersuchungsmaterial: Datum der Probenabnahme:

(mind. 4 ml EDTA-Blut / 1 ml EDTA-Blut im 1. Lebensjahr bzw. siehe Probenmaterial unter <https://humangenetik.medunigraz.at/>)

<input type="checkbox"/> Aderhautmelanom <i>BAP1</i>
<input type="checkbox"/> Basalzell-Nävus-Syndrom <i>CYLD, PTCH1, SUFU</i>
<input type="checkbox"/> Cowden-Syndrom <i>PTEN</i>
<input type="checkbox"/> DICER1-Syndrom <i>DICER1</i>
<input type="checkbox"/> Gastrointestinale Stromatumore (GIST) <i>KIT, NF1, PRKAR1A, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD</i>
<input type="checkbox"/> Lynch-Syndrom (HNPCC) <i>EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2</i>

<input type="checkbox"/> Juvenile Polyposis <i>SMAD4</i>
<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni Syndrom <i>TP53</i>
<input type="checkbox"/> Magenkarzinom (Hereditary Diffuse Gastric Cancer) <i>CDH1</i>
<input type="checkbox"/> Melanom <i>BAP1, CDK4, CDKN2A</i>
<input type="checkbox"/> Medulläres Schilddrüsenkarzinom <i>RET</i> -Protoonkogen (nur die häufigsten Varianten)
<input type="checkbox"/> Morbus Osler <i>ACVRL1, ENG, SMAD4</i>

<input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ1 / Typ 2 <i>NF1, NF2</i>
<input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasien (MEN1, MEN2) <i>CDC73, MEN1, RET</i>
<input type="checkbox"/> Nieren-/Schilddrüsenkarzinom <i>FH, FLCN, MET, PRKAR1A, RET, VHL</i>
<input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom <i>BRCA1, BRCA2, CDKN2A, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, STK11</i>

<input type="checkbox"/> Paragangliome & Phäochromozytome <i>NF1, RET, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, VHL</i>
<input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom <i>STK11</i>
<input type="checkbox"/> Polypöse Darmerkrankungen <i>APC, BMPR1A, MUTYH, PTEN, SMAD4, STK11</i>
<input type="checkbox"/> Retinoblastom <i>RB1</i>
<input type="checkbox"/> Tubulöse Sklerose <i>TSC1, TSC2</i>
<input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau-Syndrom <i>VHL</i>

Vor Einleitung der Untersuchungen erfolgt die Auswahl des optimalen diagnostischen Vorgehens [Sanger Sequenzierung, NGS (Next-Generation-Sequencing), MLPA-Analyse], dabei kann sich eine Änderung des gewählten Genpanels ergeben. Ferner umfasst die gezielte bioinformatische und molekulargenetische Analyse in erster Linie hochpenetrante Gene, welche bezugnehmend auf die eigen- und familienanamnestischen Angaben der/des Patientin/en erfasst werden. Codierende Bereiche hochpenetranter Gene werden zu 100 % abgedeckt. Weitere Auswertungen im Bereich der Gen-Panel-Diagnostik sind als Screeninguntersuchungen zu betrachten.

Das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/en ist erforderlich!

Separates Formular! Abrufbar unter <http://humangenetik.medunigraz.at> (Formulare; Einverständniserklärung)

Hiermit wird bestätigt, dass mir (einsendende/r Ärztin/Arzt) das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/Patienten zur Durchführung der oben gewählten humangenetischen Untersuchung vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz erfolgte.

.....
Ort, Datum

.....
Vorname / Nachname einsendende/r Ärztin/Arzt
(Druckschrift)

.....
Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt