

Absender:

Untersuchungsauftrag für Molekulargenetische Diagnostik

Patient/-in (ggf. Patientenaufkleber) Geschlecht: weiblich männlich

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Patientenidentifikationsnummer PID: _____

Gewebeprobe: EDTA-Blut Muskel Fibroblasten Urin Sonstiges: _____

Gewebeentnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschte Diagnostik: _____

Klinische Verdachtsdiagnose: _____

- Die Kosten der Untersuchung werden per Überweisungsschein (Nr. 10) abgerechnet.
 trägt die einsendende Klinik.
 trägt der Patient.
 werden nach §116 b SGB V Abs. 5 abgerechnet.

Datum

Name des Arztes

Unterschrift des Arztes

Telefonnummer des Arztes

Klinische Informationen

Um eine gezielte molekulargenetische Diagnostik durchführen zu können, bitten wir Sie
– soweit möglich – um die folgenden klinischen Angaben. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Symptome (bitte ankreuzen)	Diagnostik (bitte ankreuzen)	normal	pathologisch
Anorexie	Acylcarnitin / Organoazidurie		
Ataxie	Creatinkinase (CK)		
Ateminsuffizienz	Laktat im Plasma		
Augenbewegungsstörungen	Laktat im Liquor		
Belastungsintoleranz	EMG		
CPEO	Fahrradergometrie		
Demenz / Retardierung	Polyneuropathie		
Diabetes mellitus	MRT		
Depression	Muskelbiopsie		
Dysarthrie	COX-negative Fasern		
Dysphagie	Ragged Red Fibres		
Dystonie	Lipidspeicherung		
Epileptische Anfälle			
Floppy infant			
Gastrointestinale Beschwerden			
Hypakusis			
Kamptokormia			
Katarakt			
Kardiomyopathie			
Kleinwuchs			
Kognitive Einschränkungen			
Kopfschmerz			
Migräne			
Multiple Sklerose			
Muskelschmerzen			
Muskelschwäche (distal)			
Muskelschwäche (proximal)			
Myoklonien			
Optikusatrophy			
Ovarialinsuffizienz			
Panzytopenie			
Parkinson			
Psychische Auffälligkeiten			
Ptosis			
Retinadegeneration			
Rhabdomyolyse			
Stroke like episodes			
Symmetrische Lipomatose			
Tremor			
Visusminderung			

Familienanamnese (auch neurodegenerative Erkrankungen)

Muskelbiopsie

MRT

Bemerkungen