



Institut für Immunologie und Genetik, Postfach 2565, 67613 Kaiserslautern | Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

Einsender:	Patientendaten:
-------------------	------------------------

Untersuchungsgrund: diagnostisch prädiktiv auf familiäre Mutation _____

(Bitte ankreuzen)

- Patient selbst klinisch betroffen
 Familienangehörige betroffen – wer? _____
 es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
 folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: _____

Untersuchungsanforderung Familiäre Tumordispositionen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP)	<input type="checkbox"/> APC <input type="checkbox"/> MUTYH
<input type="checkbox"/> Hereditäres non-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC)	<input type="checkbox"/> EPCAM <input type="checkbox"/> MLH1 <input type="checkbox"/> MSH2 <input type="checkbox"/> MSH6 <input type="checkbox"/> PMS2
<input type="checkbox"/> Juveniles Polyposis-Syndrom (JPS)	<input type="checkbox"/> BMPR1A <input type="checkbox"/> SMAD4
<input type="checkbox"/> Mamma-/Ovarialkarzinom	<input type="checkbox"/> BRCA1 <input type="checkbox"/> BRCA2 <input type="checkbox"/> CHEK2 <input type="checkbox"/> PALB2 <input type="checkbox"/> RAD51C
<input type="checkbox"/> Noonan-Syndrom	<input type="checkbox"/> PTPN11
<input type="checkbox"/> Von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL)	<input type="checkbox"/> VHL
<input type="checkbox"/> Wilms Tumor (Nephroblastom)	<input type="checkbox"/> WT1

Entnahmedatum / Uhrzeit:	Unterschrift:
---------------------------------	----------------------

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einverständniserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10
- 5 ml EDTA-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet