



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 Neurologische Erkrankungen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie (HMSN), Charcot-Marie-Tooth Krankheit (CMT) <i>(Stufendiagnostik)</i>	<u>Stufe 1 (MLPA):</u> <i>PMP22</i> <u>Stufe 2 (Sequenzierung):</u> <i>FIG4, GDAP1, GJB1, IGHMBP2, LITAF, MFN2, MPZ, NEFL, PMP22, SH3TC2</i>
<input type="checkbox"/> Hereditäre Spastische Paraplegie (HSP), Strümpell-Lorrain Syndrom	<i>ABCD1, ATL1, CYP27A1, FA2H, KIF5A, PLP1, REEP1, SPAST, SPG7, SPG11, TTR</i>
<input type="checkbox"/> Juveniles Parkinson Syndrom	<i>ATP13A2, PARK7, PINK1, PRKN</i>

Individuelle Panel-Konfiguration nach Rücksprache möglich!

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

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

- **Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung**
- **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)**
- **5 ml EDTA-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet**