



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 Nierenerkrankungen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung

Gen(e)

- Fokal Segmentale Glomerulosklerose (FSGS) *ACTN4, APOL1, CD2AP, CRB2, INF2, MYO1E, NPHS1, NPHS2, TRPC6*

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