



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 Hörstörungen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> Kabuki Syndrom	<i>KMT2D, KDM6A</i>
<input type="checkbox"/> Usher Syndrom	<i>ADGRV1, USH2A, WHRN</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