



Institut für Immunologie und Genetik, 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 Arrhythmiesyndrome / Kardiomyopathien / Angeborene Herzfehler

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> Arrhythmogene Rechtsventrikuläre Dysplasie (ARVD)	<i>DSC2, DSG2, DSP, JUP, PKP2, TGFB3, TMEM43</i>
<input type="checkbox"/> Brugada-Syndrom (BrS)	<i>CACNA1C, CACNB2, GPD1L, KCNE3, SCN1B, SCN5A, TRPM4</i>
<input type="checkbox"/> Catecholaminerge Polymorphe Ventrikuläre Tachykardie (CPVT)	<i>CALM1, CASQ2, KCNJ2, RYR2</i>
<input type="checkbox"/> Dilatative Kardiomyopathie (DCM)	<i>ACTN2, DES, LMNA, MYBPC3, MYH7, PLN, RBM20, TAZ, TNNI3, TNNT2, TPM1</i>
<input type="checkbox"/> Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM)	<i>ACTC1, ACTN2, MYBPC3, MYH7, MYL3, MYLK2, PLN, TCAP, TNNC1, TNNI3, TNNT2, TPM1</i>
<input type="checkbox"/> Long QT-Syndrom (LQTS)	<i>CACNA1C, CAV3, KCNE1, KCNE2, KCNH2, KCNJ2, KCNQ1, SCN4B, SCN5A</i>
<input type="checkbox"/> Non-Compaction Kardiomyopathie (NCCM)	<i>ACTC1, CASQ2, HCN4, LDB3, MYBPC3, MYH7, PRDM16, TAZ, TNNT2, TPM1</i>
<input type="checkbox"/> Herzfehler (HF), isolierte	<i>ACTC1, CITED2, ELN, FOXH1, GATA4, GATA5, GATA6, MYH6, NKX2-5, TBX1, TBX20</i>
<input type="checkbox"/> Herzfehler (HF), syndromale	<i>EVC, EVC2, JAG1, NOTCH2, SALL4, TBX3, TBX5</i>
<input type="checkbox"/> Herzfehler (HF), Heterotaxie assoziierte	<i>ACVR2B, CFAP53, CFC1, CRELD1, DNAI1, GDF1, LEFTY2, NODAL, NPHP4, ZIC3</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-Bluttröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet