



**Einsender:**

**Patientendaten:**

**Rechnung:**     Überweisungsschein (Nr. 10)     privat     stationär     ambulant

**Untersuchungsanforderung Molekulare Endokrinologie**

**Untersuchungsgrund:**     diagnostisch     prädiktiv auf familiäre Mutation \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:**

**Familienanamnese:**

- Patient selbst klinisch betroffen
- es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
- folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: \_\_\_\_\_

**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

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

- Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 1**  
*HNF4a*
- Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 2**  
*GCK*
- Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 3**  
*HNF1a*
- Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 5**  
*HNF1b*
- Multiple endokrine Neoplasie Typ 1 (MEN1)**  
*MEN1*
- Multiple endokrine Neoplasie Typ 2 / Familiäres medulläres Schilddrüsenkarzinom (MEN2 / FMTC)**  
*RET*