

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)  privat versichert  Rechnung an Klinik  Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

**Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung**

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

- Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).
- Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.
- Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst  Ja  Nein

behandelnde Ärzte:

**Einwilligung der Patientin/des Patienten**

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit.

Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

Ja  Nein

Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.

Ja  Nein

Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.

Ja  Nein

Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten

Ja  Nein

Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.

Ja  Nein

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ja  Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.

Ja  Nein

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt
	X	X



**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
 Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
 Daniela Liebrecht  
 Dr. med. Franziska Reschke  
 Priv.-Doz. Dr. Shoko Komatsuzaki

Dr. med. Anne Janke  
 Dr. med. Daniela Bayer  
 Priv.-Doz. Dr. med. Julia Jückstock  
 Dr. med. Armin Hauer

**Friends Tower I**

Friedenheimer Brücke 19  
 80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin  
 T: +49 89 130744-0  
 F: +49 89 130744-99

**Aiblingerstraße 8**

80639 München  
 Humangenetik und  
 Pränatal-Medizin

**Lochhamer Straße 15**

82152 Planegg  
 NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90  
 Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22  
 Zytogenetik T: +49 89 130744-55  
**Probeneinsendung**

**Humangenetik in Augsburg**

Viktoriastraße 3b  
 86150 Augsburg  
 T: +49 821 7898-5042  
 F: +49 821 7898-5001  
 humangenetik-in-augsburg@  
 ctde.eurofinseu.com

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
 www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
 www.eurofins-clinical.de/praenatal-medizin

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Maja Herberg, HRB 253626, Amtsgericht München

\* Die Akkreditierung bezieht sich auf den Laborstandort Planegg

Art der Probe:

Postnatal:

- EDTA-Blut  
Datum der Blutentnahme:
- Wangenschleimhaut
- DNA

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname
Vorname
Geburtsdatum

Angeforderte molekulargenetische Untersuchung (Multi-Gen-Panel-Analyse)\*

**Hauterkrankungen – Gesamtpanel**

**Ichthyosen**

- Ichthyosis vulgaris
- X-chromosomal rezessive Ichthyose
- Autosomal rezessive kongenitale Ichthyose (ARCI)
- Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie
- Lamelläre Ichthyose
- Ichthyoses with epidermolytic hyperkeratosis
- Bullous congenital ichthyosiform erythroderma (Brocq)
- Ichthyosis hystrix (Curth-Macklin)
- Ichthyosis bullosa (Siemens)
- Harlekin-Ichthyose
- Syndrome mit Ichthyose
- Ichthyosis linearis circumflexa (Netherton-Syndrom)
- Syndromale Formen (z.B. Netherton-, Conradi-Hünermann-, Happle-, Refsum- oder Sjögren-Larsson-Syndrom)

**Ichthyosen – Gesamtpanel**

**Palmoplantare Keratodermien (PPK)**

- Keratosis palmoplantaris diffusa
- Mal de Meleda
- Keratosis palmoplantaris mutilans Vohwinkel
- Loricrin Keratodermie
- Palmoplantarkeratose mit Ichthyose (KLUCK-Syndrom)
- Pachyonychia congenita
- Keratosis palmoplantaris areata et striata
- Acanthosis nigricans

**PPK – Gesamtpanel**

**Autoinflammatorische Dermatosen**

- Generalisierte pustulöse Psoriasis (DITRA)
- pustulöse/Exanthem-PSO, palmoplantare Pustulose
- CAPS (Cryopyrin-assoziiertes Syndrom)
- Familiäres Mittelmeerfieber (FMF)
- A20-Haploinsuffizienz (autoinflammatorisch, PG-ähnlich)
- Hyper-IgD-Syndrom
- familiäre HS

**kutane (Blaschko-lineare) Mosaik-Syndrome**

- Incontinentia pigmenti (IP, *IKBKG*-Gen)
- Fokale dermale Hypoplasie (Goltz-Syndrom, *PORCN*-Gen)
- Conradi-Hünermann-Happle-Syndrom (*EBP*-Gen)
- CHILD-Syndrom (*NSDHL*-Gen)
- Epidermaler Nävus (EN)
- inflammatorischer linearer verruköser epidermaler Nävus (ILVEN)
- Kid Syndrom
- Mosaik-RASopathien (neurokutane Melanose)
- Segmentale Wachstumsstörungen (PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS))

**Epidermolysis bullosa (EB)**

- Epidermolysis bullosa simplex
- Epidermolysis bullosa dystrophica
- Epidermolysis bullosa junctionalis
- Kindler-Syndrom

**EB – Gesamtpanel**

**Bindegewebskrankungen**

- Ehlers-Danlos-Syndrom
- Marfan-Syndrom
- Cutis laxa
- Pseudoxanthoma elasticum

**Angeborene Pigmentierungsstörungen**

- Albinismus
- Chédiak-Higashi-Syndrom
- Hermansky-Pudlak-Syndrom
- Kongenitale umschriebene Hyperpigmentierung (z.B. LEOPARD-Syndrom)

**Pigmentierungsstörungen – Gesamtpanel**

**Ektodermale Dysplasien (ED)**

- X-chromosomal-rezessive hypohidrotische ektodermale Dysplasie (Christ-Siemens-Touraine-Syndrom)
- Hidrotische ektodermale Dysplasie (Clouston-Syndrom)
- Ektrodaktylie-Ektodermale-Dysplasie-Syndrom mit Spaltenbildung (EEC-Syndrom)

**Tumorerkrankungen mit Hautbeteiligung**

- Neurofibromatose Typ 1 (NF1)
- Neurofibromatose Typ 2 (NF2)
- Legius-Syndrom (Neurofibromatose Typ 1-like Syndrom; NFLS)
- Schwannomatose (Neurofibromatose Typ 3)
- Tuberosöse Sklerose
- Gorlin-Goltz-Syndrom (Basalzell-Naevus-Syndrom)
- Xeroderma pigmentosum
- Leiomyomatose
- Familiäres atypisches multiples Muttermal- und Melanomsyndrom (FAMMM)
- Familiäres Melanom
- Peutz-Jeghers-Syndrom
- Cowden-Syndrom
- Multiple endokrine Neoplasien Typ 1
- Multiple endokrine Neoplasien Typ 2A/2B

**Weitere**

- Morbus Darier
- Morbus Hailey-Hailey
- Einzelgen Sequenzierung, Gen:
- Whole Exome Sequenzierung (auch als Trio-Analyse)

\* Für die untersuchten Gene verweisen wir auf die aktuelle Homepage: <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>

Kontaktieren Sie uns gerne, sollte die gewünschte Untersuchung nicht in der Liste enthalten sein.

Telefon +49 89 130744-0 oder [humangenetik@ctde.eurofinseu.com](mailto:humangenetik@ctde.eurofinseu.com)

Die hier exemplarisch aufgeführten Gen-Panels sind nur ein Auszug aus der Parameterliste.

Eine vollständige Liste der Gen-Panels, die in unserem Labor untersucht werden können, finden Sie unter <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik>