

Anmeldeformular zur molekulargenetischen Abklärung bei Hereditären Hamartom-Polypose-Syndromen

Patient*in:

Name (inkl. Ledigname) _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht weiblich männlich
 Adresse _____
 Hausarzt _____

Klinische Angaben (bitte ankreuzen):

Datum der Diagnose: _____

<p>Juveniles Polyposis-Syndrom (Gene: <i>BMPR1A, SMAD4</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sporadische Form Familiäre Form Weitere Betroffene: _____ ◆ Angeborener Herzfehler: ja nein ◆ Polypenzahl: <ul style="list-style-type: none"> > 5 hamartomatöse Polypen < 5 hamartomatöse Polypen Anzahl Polypen: _____ 	<p>Peutz-Jeghers-Syndrom (Gen: <i>STK11</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sporadische Form Familiäre Form ◆ Anzahl PJS-Polypen: ◆ Hyperpigmentation („melanin spots“): <ul style="list-style-type: none"> enoral perioral anal Hand-/Fuss-Innenflächen
<p>Cowden-Syndrom (Gen: <i>PTEN</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mucocutane Läsionen (z.B. Trichilemmom) Mamma-Karzinom Fibrozystische Mamma Nicht-medulläres Schilddrüsen-Karzinom Makrozephalie Endometrium-Karzinom Gastrointestinale Hamartom Schilddrüsen-Erkrankung Mentale Retardation (IQ<75) Lipome Fibrom Tumoren des Urogenitaltrakts 	<p>Bannayan-Riley-Ruvalcaba-Syndrom (Gen: <i>PTEN</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hamartomatöse Polypen Makrozephalie Lipomatose Pigmentflecken auf der Glans penis Andere Manifestationen: _____

Familienanamnese (siehe Stammbaumformular): _____

Weitere Bemerkungen: _____

Rechnungsstellung: Erfolgt direkt an die Krankenversicherung (oder das Zuweiserspital bei stationären Patienten). Falls eine Rechnungsstellung nur und direkt an die Patientin oder den Patienten gewünscht ist, bitte hier ankreuzen:

Analysebeginn **sofort** **nach Zustellung der Kostengutsprache*** **zunächst nur asservieren**

Eingesandtes Material: EDTA-Blut Speichel Hautbiopsie Anderes

Bitte Entnahmegefäß mit Name und Geburtsdatum beschriftet bei Raumtemperatur gut gepolstert per A-Post zusenden (keine Voranmeldung notwendig)

Datum der Entnahme resp. des Versands:

Unterschrift des auftraggebenden Arztes:

Arzt-/Praxis-Stempel

Mit seiner Unterschrift bestätigt der/die auftraggebende Arzt/Ärztin die gesetzlich geforderte genetische Beratung durchgeführt oder veranlasst zu haben. Für molekulargenetische Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten benötigt.

*Das vorgängige Einholen einer Kostengutsprache wird empfohlen.