

**Anforderungsformular für eine molekulargenetische Diagnostik**  
**bei einer Neurofibromatose Typ 1 im NF1-Gen**

**Angaben zum Patienten**

Name:.....Vorname:.....Geb.dat.:.....

Strasse:.....PLZ:.....Ort:.....

Krankenkasse:.....

**Angaben zur Anamnese**

**Worauf** begründet sich der Verdacht auf eine Neurofibromatose Typ1?

.....

**Wann** trat das erste Symptom aus Sicht des Patienten auf? .....

**Welches** Symptom?.....

**Zeitpunkt** der ärztlichen Diagnose der Erkrankung:.....

Liegt ein MRT des Kopfes vor?  ja  nein

ja **Ergebnis**.....

Café-au-lait flecken ? Anzahl:.....  ja  nein

Neurofibrome?  ja  nein

Axillary Freckling ?  ja  nein

Inguinales Freckling?  ja  nein

Skoliose? Grad:.....  ja  nein

Irisknötchen?  ja  nein

Lernbehinderung?  ja  nein

Optikustumor?  ja  nein

Plexiformes Neurofibrom ?  ja  nein

Sind weitere Familienmitglieder betroffen?  ja  nein

Sind Neurofibrome bereits entfernt worden?  ja  nein

Bei ambulanten Zuweisungen ist die molekulargenetische Untersuchung **nur möglich** nach Zusendung

- **eines Anforderungsbogen**
- **einer Überweisung (Muster 10)**
- **einer unterschriebenen Aufklärungs- und Einverständniserklärung des Patienten.**

Wenn möglich bitte **7,5 ml Blut** einsenden.

Die Untersuchung auf eine Mutation im NF1-Gen dauert je nach Analysenumfang bis zu sechs Monate

Datum:..... Zuweisender Arzt: .....

Unterschrift:..... (Stempel)