

**Anforderungsformular für eine molekulargenetische Diagnostik
bei einer Neurofibromatose Typ 2 im NF2-Gen**

Angaben zum Patienten

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

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

Krankenkasse:.....

Angaben zur Anamnese

Worauf begründet sich der Verdacht auf eine Neurofibromatose Typ 2?
.....

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

Ergebnis.....

Liegt ein MRT des Spinalkanales vor? ja nein

Ergebnis.....

Augenärztliche Untersuchung ? ja nein

Ergebnis.....

Liegt ein Katarakt /eine hintere Schalentrübung vor? ja nein

Gibt es dermale Auffälligkeiten?
(z.B. Café-au-lait-Flecken, Neurinome, Neurofibrome) ja nein

Ergebnis.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten? ja nein

Ergebnis.....

Wurden bereits Operationen durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche und wann?
.....

Sind weitere Familienmitglieder betroffen? 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 und **und ggf. Tumormaterial**

Datum:..... Zuweisender Arzt:

Unterschrift:..... (Stempel)