

**Anforderungsformular für eine molekulargenetischen Diagnostik
bei Schwannomatose im *NF2* - und *LZTR1* - Gen**

Angaben zum Patienten

Name:.....Vorname:.....Geb.dat.:.....
Strasse:.....PLZ:.....Ort:.....
Krankenkasse:.....

Angaben zur Anamnese

Worauf begründet sich der Verdacht auf eine Schwannomatose?

.....

Wann trat das erste Symptom aus Sicht des Patienten auf?

Welches Symptom? Geschwulst Schmerzen Taubheitsgefühle Lähmungen

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.....

Gibt es Auffälligkeiten im Bereich d. peripheren Nerven?
(z.B. Schwannome, Neurofibrome) ja nein

Ergebnis.....

Gibt es weitere Auffälligkeiten (z.B. Schmerzen)? ja nein

Ergebnis.....

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

.....

Sind weitere Familienmitglieder betroffen? ja nein

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

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

Wenn möglich bitte **7,5 ml Blut** einsenden und ggf. Tumormaterial

Datum:..... Zuweisender Arzt:

Unterschrift:..... (Stempel)