|  |
| --- |
| Ärztlicher Anmeldebogen zur humangenetischen Beratung - Verdacht auf hereditäre Tumorprädisposition - |

*Per Fax an 0241 80 82580 oder an Patient/in zur Terminvereinbarung aushändigen.*

**Hinweise auf das Vorliegen einer hereditären Tumorprädisposition:**

Tumorentität:       Erstdiagnose:

**Patient/in mit für die Tumorentität ungewöhnlich frühem Erkrankungsalter.**

**Patient/in mit mindestens zwei Tumorerkrankungen, davon eine vor dem 50. Lebensjahr:**

Weitere Tumorentität(en):

Erkrankungsalter:

**Patient/in mit Hinweisen auf hereditäre Tumorerkrankung in pathologischer/ molekularpathologischer Untersuchung:**

(Molekular-)pathologische Veränderung:

**Patient/in mit Tumorerkrankung und syndromalen Zeichen.**(U.a. Mikrozephalie, Kleinwuchs, Dysmorphie, angeborene Organfehlbildung, mentale Retardierung)

Syndromale Zeichen:

**Auffällige Familienanamnese.**

(Erstgradig-anverwandte Person mit derselben Tumorentität und Erkrankungsalter <50 J. oder mind. zwei weitere Angehörige einer Linie mit Tumorerkrankung)

Art der Tumorerkrankung in der Familie und Alter bei Erstdiagnose:

**Einleitung einer genetischen Untersuchung bei Therapierelevanz gewünscht:**

Indikation:

**Sonstige Fragestellung(en):**

**Angaben zum Einsender:**

                 

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Arztname Klinik, ggf. Station Telefon Fax*

*Druckdatum: 09.08.2022 10:04*