

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anfordernder Arzt/ Klinik / Stempel

Tag	Monat	Jahr

„Hereditäre Neuropathie“ - klinischer Fragebogen zum Untersuchungsauftrag

bitte per Fax oder per E-Mail an: 0731-9849020 / info@genetikum.de
bei Fragen stehen wir Ihnen telefonisch zur Verfügung: 0731-984900

Klinik:

Alter bei Beginn der Symptomatik Jahre ethnische Herkunft: _____

Neurographie SAP, NLG (sensible / motorische):

Sensibilitätsstörungen Ja Nein Wo?

muskuläre Schwäche Ja Nein Wo?

zusätzliche Symptomatik

Familienanamnese

weitere Betroffene in der Familie? Ja Nein

Stammbaum

bisherige genetische Untersuchung

Duplikation PMP22-Gen Ja Nein

andere Ja Nein

ggf. Bemerkungen

Wurden bereits genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt? Nein Ja Wo? _____

welche evtl. Ergebnisse / Befunde: _____