

An das KIMCL, Molekulargenetisches Labor
Auenbruggerplatz 30 (Kinderklinik, Laborbereich III)
z.H. Univ.-Doz. Dr. Wilfried Renner, Tel. 0316 385-80291

Benötigtes Material:
1 EDTA-Blutröhrchen

ANFORDERUNG FÜR GENANALYSEN

Ich bitte um Durchführung folgender Genanalysen: (bitte ankreuzen)

Thrombophilie	<input type="checkbox"/>	Prothrombin 20210G>A
	<input type="checkbox"/>	Faktor V Leiden (F5 R506Q)
Hyperhomocysteinämie	<input type="checkbox"/>	MTHFR 677C>T
Hereditäre Hämochromatose	<input type="checkbox"/>	HFE C282Y
	<input type="checkbox"/>	HFE H63D
5-FU Toxizität	<input type="checkbox"/>	DPYD*2A
Thiopurin Verträglichkeit	<input type="checkbox"/>	TPMT Typisierung (*2, *3A, *3C)

Patient: Vor- und Nachname:
Geburtsdatum:
Sozialversicherungsnr.:
Krankenkasse:

Anfordernder Facharzt: Vor- und Nachname:
Telefon:
Station/Ambulanz:
.....

..... (Datum) (Zuweisender Facharzt, in Blockbuchstaben oder Arztstempel) (Unterschrift des zuweisenden Facharztes)

Einverständniserklärung zur Untersuchung

Ich wurde vom zuweisenden Facharzt über Wesen und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt und stimme der Untersuchung zu.

..... (Datum) (Unterschrift des Patienten)