



Name, Vorname
geb. am
Datum



000060010013

Kostenträger:

- Krankenhaus
- Patient
- GKV (Ü-Schein beifügen)
- telefonische Durchgabe
- Faxbefund vorab



Entnahmedatum
Uhrzeit

Anforderungsschein Molekulargenetik

Aufklärung und Einwilligungserklärung bezüglich genetischer Analysen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung der genetischen Untersuchung.

Ich bin damit einverstanden, dass ...

- das erforderliche Untersuchungsmaterial entnommen wird.
- die Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für weiterführende genetische Analysen zur Diagnosefindung verwendet und aufbewahrt wird.
- das Probenmaterial evtl. an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- das Untersuchungsmaterial für die Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet werden kann
- ich und der behandelnde Arzt, mitbehandelnde Ärzte/ Vertretungsärzte über das Ergebnis informiert werden.

Jeder Punkt der Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden, mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird. Ich wurde beraten, aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse sowie o.g. Punkten einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters

Unterschrift verantwortlicher Arzt

Thrombophilie / Arteriosklerose

- Faktor V Mutation G1691A E/CB
- Faktor II Mutation G20210A E/CB
- MTHFR Gennachw. (677, 1298) E/CB
- ACE-I/D-Polymorphismus E/CB
- HPA-1 a/b Mutation E/CB
- PAI- 4G/5G-Mutation E/CB

Haematologie

- JAK 2 V617F (PV, ET, IMF) * E
- Philadelphia-Chr. BCR-ABL t(9;22) * E

Pharmakogenetik

- Pharmakogenetik-Panel E
z.B. CYP450; OATP/SLCO1B1, MDR bei Arzneimittelunverträglichkeit
Bitte separaten Fragebogen ausfüllen!
- DPD Exon 14 Skip. (5FU-Sensitiv.) E
- TPMT (Thioguanin-Sensitiv.) E
- UGT 1A1*28 (Irinotecan-Sensitiv.) E

Stoffwechselerkrankungen

- Laktoseintoleranz LCT-13910T E
- Fruktoseintoleranz (Aldolase B) E
- Hämochromatose (HFE 282, 63, 65) E
- Morbus Wilson ATP7B E
- alpha1-Antitrypsin (PiS/PiZ) E
- UGT 1A1*28 (Morbus Meulengracht) E
- Apolipoprotein E E
- Apolipoprotein B100 E
- Vitamin D-Rezeptor B/b (Osteopor.) E
- CFTR (cyst. Fibrose) * E
- Hereditäre Pankreatitis (SPINK1, PRSS1, CFTR) * E

E=EDTA , CB= Citratblut *Kooperationslabor

HLA-Typisierung

- HLA-A * E
- HLA-B * E
- HLA-B27 (Rheuma / M. Bechterew) E
- HLA-B5701 (Abacavir-Hypersensit.) E
- HLA-Cw * E
- HLA-DR * E
- HLA-DQB * E
- HLA-DQA * E
- HLA-Typ- b. Verd. a. Zöliakie * E
- HLA-Typ- b. Verd. a. Narkolepsie * E

Hämoglobinopathien

- beta-Globin E
- alpha-Globin E

SONSTIGES:

Vom Arzt auszufüllen, wenn eine Einwilligung des Patienten gemäß §8 GenDG für die angeforderte Untersuchung anstelle dieses Formulars dem Arzt separat vorliegt.

Praxisstempel

Ort/Datum

Arztunterschrift