



MLD

MVZ Medizinische Labororien  
Düsseldorf GmbH  
Nordstraße 44, 40477 Düsseldorf  
Tel: 0211-4978-0 Fax: 0211-4978-333

**Kostenträger:**

- ☐ Krankenhaus  
☐ Patient  
☐ GKV (Ü-Schein beifügen)



internes  
Barcodefeld  
nicht bekleben!

## Anforderungsschein Molekulargenetik

Entnahmedatum

Uhrzeit

### 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 (ggf. streichen), mit der Folge, dass die Untersuchung ggf. abgebrochen wird. Ich wurde beraten, aufgeklärt und bin mit der angeforderten Analyse sowie o.g. Punkten einverstanden.



000060010021

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten / ges. Vertreters

Unterschrift verantwortlicher Arzt

#### Thrombophilie / Arteriosklerose

- ☐ Faktor V Leiden Mutation E/CB  
☐ Faktor II Mutation E/CB  
☐ MTHFR Mutation 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

- ☐ UGT1A1\*28/\*6 (Irinotecan-Sensitiv.) E  
☐ DPD - Mangel (4-DPYD-Genpolymorphismen; 5-FU Sens.) E  
☐ Apolipoprotein E (ApoE4 vor AK-Therapie) E  
☐ TPMT (Thioguanin-Sensitiv.) E  
☐ CYP2C19-Gen. vor Mavacamten-Therapie \* E

#### Gynäkologie

- ☐ fetaler Rhesusfaktor D aus mütterlichen Blut E

#### Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Laktoseintoleranz LCT-13910T E  
☐ Fruktoseintoleranz (Aldolase B) E  
☐ Hämochromatose (HFE 282, 63, 65) E  
☐ alpha1-Antitrypsin (PiS/PiZ) E  
☐ UGT1A1\*28/\*6 (M. Meulengracht) E  
☐ Apolipoprotein E E  
☐ Apolipoprotein B100 E  
☐ Hereditäre Pankreatitis (SPINK1, PRSS1, CFTR) \* E  
☐ Fam. Mittelmeerfieber (MEFV) E  
☐ Histaminintoleranz (HNMT C314T) E  
☐ Histaminintoleranz (DAO 4 SNPs) 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-C 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 (häufigste Mutationen)

- ☐ beta-Globin (Beta-Thalassämie) E  
☐ alpha-Globin (Alpha-Thalassämie) 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

Anf.-Schein Molekulargenetik Stand 09.09.2026

Seite 1 von 1