

Anforderungsschein für genetische Analysen

Patient

Vor- und Nachname

SV, Geburtsdatum

Geschlecht: m w

Nur vom Labor auszufüllen

Pat.-ID

Proben-Eingang am

Benötigtes Material: 1 EDTA –Vollblut-Röhrchen (4ml) mit Name und Geburtsdatum

Durchführung folgender genetischer Analysen: (bitte ankreuzen)

Gerinnungsstörungen: <input type="checkbox"/> Thrombophilie-Diagnostik (genetisch) {Faktor V Leiden (R506Q), Prothrombin (20210G>A)}	Myeloproliferative Erkrankungen*: <input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) <input type="checkbox"/> MPL (W515L, W515K) <input type="checkbox"/> Calreticulin (Exon 9 Ins/Del Mutationen)
Stoffwechselerkrankungen: <input type="checkbox"/> Hereditäre Hämochromatose HFE (C282Y, H63D) <input type="checkbox"/> Laktose Intoleranz LCT (-13910T>C) <input type="checkbox"/> Hyperhomocysteinämie MTHFR (677C>T)	Pharmakogenetik: <input type="checkbox"/> 5-FU Toxizität DPYD (IVS14+1G>A); <input type="checkbox"/> CYP2D6 {Allel *3, *4, *6; Del. (*5), Ampl. (XN)} <input type="checkbox"/> CYP2C19 (Allel *2) <input type="checkbox"/> CYP2C9 (Allel *2, *3) <input type="checkbox"/> TPMT (Allel *2, *3A, *3C) <input type="checkbox"/> IL28B (rs12979860) <input type="checkbox"/> Statin induzierte Myopathie, SLCO1B1 (V174A)
Lipidstoffwechsel: <input type="checkbox"/> APOE (E2, E3, E4) <input type="checkbox"/> APOB (R3500Q)	
Autoimmunerkrankungen: <input type="checkbox"/> HLA-B27	

Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Ich wurde vom zuweisenden Facharzt gem. § 69 des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über das Wesen, die Tragweite und die Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse ausreichend aufgeklärt und stimme der Durchführung zu. Ich bin mit der Dokumentation des aus der genetischen Analyse resultierenden Ergebnisses in Arztbriefen und Krankengeschichten einverstanden. Die von mir gemachten Angaben, sowie das Ergebnis der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte, nicht aber an Dritte weitergegeben. Ein schriftlicher Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit möglich!

.....
Datum und **Unterschrift** des Patienten

(bzw. erziehungsberechtigten Person oder des Sachwalters; Unterschrift bei * nicht nötig, da somatische Mutationen, ÖGTG §65 und §69)

.....
Stempel des zuweisenden Facharztes

.....
Name (Blockschrift) und Unterschrift des Facharztes