

ANFORDERUNG

Benötigtes Material: **EDTA-Blut
(kleines Röhrchen)**

Einsendeadresse: **Labor Renner
Schaftal 50
8044 Kainbach bei Graz**

<p>Gerinnungsstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> F5 R534Q (Faktor V Leiden) <input type="checkbox"/> F2 20210G>A (Prothrombin-Mutation) <input type="checkbox"/> F13A1 V34L (Faktor XIII) <input type="checkbox"/> FGG 10034C>T (Fibrinogen gamma) <input type="checkbox"/> PAI1 4G/5G <input type="checkbox"/> MTHFR 677C>T (Hyperhomocysteinämie) <p>Stoffwechselerkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HFE H63D, C282Y (Hered. Hämochromatose) <input type="checkbox"/> LCT -13910T>C (Laktose-Intoleranz) <input type="checkbox"/> ALDOB 149, 174, 334 (Hered. Fruktoseintoleranz) <input type="checkbox"/> ALDOB-Sequenzierung <input type="checkbox"/> SERPINA1 M/S/Z-Typ (α1-Antitrypsinmangel) <input type="checkbox"/> PNPLA3 (Stratifikation bei Lebererkrankungen) <input type="checkbox"/> ATP7B H1069Q (Morbus Wilson) <p>Lipidstoffwechsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> APOB R3500Q <input type="checkbox"/> APOE Typisierung e2/e3/e4 	<p>Pharmakogenetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DPYD (5-FU Toxizität) <input type="checkbox"/> TPMT (Thiopurin-Toxizität) <input type="checkbox"/> VKORC1 (Cumarin Sensitivität) <input type="checkbox"/> CYP2C9 (Siponimod, Ibuprofen ...) <input type="checkbox"/> CYP2C19 (Clopidogrel, Mavacamten ...) <input type="checkbox"/> SLCO1B1 (Statin-Nebenwirkungen) <input type="checkbox"/> CYP2D6 (Tamoxifen-Wirkung) <input type="checkbox"/> UGT1A1*28 (Irinotecan, Mb. Meulengracht) <input type="checkbox"/> COMT V158M <input type="checkbox"/> ABCB1 (rs2032583, rs2235015) <p>Autoimmunerkrankungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HLA-B27 (Mb. Bechterew) <input type="checkbox"/> HLA-DQ2, -DQ8 (Zöliakie) <p>Diverse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CFH (Altersbedingte Makuladegeneration) <input type="checkbox"/> MEFV (Fam. Mittelmeerfieber) <input type="checkbox"/>
--	--

Patient: Name:

Geburtsdatum:

Rechnung an: Patient - Adresse:

.....

Krankenhaus

Arzt

.....
(Datum)

.....
(Zuweisender Arzt, in Blockbuchstaben oder Arztstempel)

.....
(Unterschrift des zuweisenden Arztes)

Einverständniserklärung zur Untersuchung

Ich wurde vom zuweisenden Arzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt und stimme der Untersuchung zu.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift des Patienten)

H202311