LKH-UNIV. KLINIKUM GRAZ

Klinisches Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
Fachbereich Molekulargenetik
Tel. +43 316 385-81120
Mail: molekulargenetiklabor@uniklinikum.kages.at

ANFORDERUNG FÜR GENANALYSEN

Benötigtes Material: 1 EDTA-Blutröhrchen

Ich bitte um Durchführung folgender Genanalysen: (bitte ankreuzen)

Thrombophilie	**O** Prothrombin 20210G>A
	O Faktor V Leiden (F5 R506Q)
Hyperhomocysteinämie	**O** MTHFR 677C>T
Hereditäre Hämochromatose	**O** HFE C282Y, H63D
5-FU Toxizität	**O** DPYD*2A, I560S, D949-V, Haplotyp B3
Thiopurin Verträglichkeit	**O** TPMT Typisierung (*2, *3A, *3C)
Alpha-1-Antitrypsin-Mangel	**O** SERPINA1 Typisierung (M, S, Z)
Irinotecan Toxizität	**O** UGT1A1*28
Lactoseintoleranz	**O** LCT -13910T>C Genotyp
Adiponutrin	**O** Adiponutrin (PNPLA3 p.I148M)

Patient:	Familienname und Vorname:	……
	Geburtsdatum:	……
	Sozialversicherungsnummer:	……
	Krankenkasse:	……
Anfordernder Facharzt:	Name:	……
	Telefon:	……
	Station/Ambulanz:	……

…… ……
Datum

……
Unterschrift des zuweisenden Facharztes

Einverständniserklärung zur Untersuchung

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

……
Datum

……
Unterschrift des Patienten