

LKH-Universitätsklinikum Graz  
Klinisches Institut für Medizinische u. Chemische Labordiagnostik  
Molekulargenetik Univ.-Prof. Dr. W. Renner  
8036 Graz Auenbruggerplatz 15  
Tel: 0316 385 81120      **Fax: 0316 385 13430**

Benötigtes Material:  
1 EDTA-Blut Röhrchen

## ANFORDERUNG FÜR GENANALYSEN

Ich bitte um Durchführung folgender Genanalysen: (bitte ankreuzen)

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| Thrombophilie              | <input type="radio"/> Prothrombin 20210G>A            |
|                            | <input type="radio"/> Faktor V Leiden (F5 R506Q)      |
| Hyperhomocysteinämie       | <input type="radio"/> MTHFR 677C>T                    |
| Hereditäre Hämochromatose  | <input type="radio"/> HFE C282Y, H63D                 |
| 5-FU Toxizität             | <input type="radio"/> DPYD*2A, I560S, D949V           |
| Thiopurin Verträglichkeit  | <input type="radio"/> TPMT Typisierung (*2, *3A, *3C) |
| Alpha-1-Antitrypsin-Mangel | <input type="radio"/> SERPINA1 Typisierung (M, S, Z)  |

**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