LABOR RENNER

ANFORDERUNG

Benötigtes Material: **2 - 5 ml Blut (EDTA- oder Citrat-Blut)**

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

Gerinnungsstörungen:

- ☐ Faktor V Leiden
- ☐ Prothrombin 20210G>A
- ☐ Faktor XIII V34L
- ☐ Fibrinogen gamma 10034C>T
- ☐ PAI1 4G/5G
- ☐ Hyperhomocysteinämie (MTHFR)

Stoffwechselerkrankungen:

- ☐ Hered. Hämochromatose (HFE)
- ☐ Laktose-Intoleranz (LCT)
- ☐ Hered. Fruktoseintoleranz (ALDOB A149P, A174D, N334K)
- ☐ Hered. Fruktoseintoleranz (vollständige ALDOB-Sequenzierung)
- ☐ α1-Antitrypsinmangel (SERPINA1)
- ☐ Morbus Wilson (ATP7B H1069Q)

Lipidstoffwechsel:

- ☐ ApoB-100 R3500Q
- ☐ ApoE Typisierung
- ☐ Statin-Nebenwirkungen (SLCO1B1)

Osteoporose:

- ☐ Kollagen 1A1 (COLIA1 Sp1)
- ☐ Laktose-Intoleranz (LCT)

Pharmakogenetik:

- ☐ 5-FU Toxizität (DPYD)
- ☐ Thiopurin-Toxizität (TPMT)
- ☐ Cumarin Sensitivität (VKORC1, CYP2C9)
- ☐ CYP2C9
- ☐ Clopidogrel-Resistenz (CYP2C19)
- ☐ Statin-Nebenwirkungen (SLCO1B1)
- ☐ Tamoxifen-Sensitivität (CYP2D6)
- ☐ Irinotecan Toxizität (UGT1A1)
- ☐ Hepatitis C - Therapieansprechen (IL28B)

Autoimmunerkrankungen:

- ☐ HLA-B*27
- ☐ Zöliakie (HLA-DQ2, -DQ8)

Diverse:

- ☐ Altersbedingte Makuladegeneration (CFH)
- ☐ Fam. Mittelmeerfieber (MEFV)
- ☐ .....

Patient: Vor- und Nachname: .....

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)

i201503