

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"/>
--	--

PatientIn: Name:

Geburtsdatum:

Rechnung an: Patient/Patientin, Adresse:

.....

Krankenhaus

Arzt/Ärztin

.....
(Datum)

.....
(Zuweisende/r Arzt/Ärztin, Blockbuchstaben oder Stempel)

.....
(Unterschrift Arzt/Ärztin)

Einverständniserklärung zur Untersuchung

Ich wurde von dem/der zuweisenden Arzt/Ärztin über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt und stimme der Untersuchung zu.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Patient/Patientin)