

## Anforderungsschein für genetische Analysen

### Patient

Vor- und Nachname

SV, Geburtsdatum

Geschlecht: ☐ m ☐ w

### Nur vom Labor auszufüllen

Pat.-ID

Proben-Eingang am

**Benötigtes Material:** 1 EDTA –Vollblut-Röhrchen (4ml) mit Name und Geburtsdatum

### Durchführung folgender genetischer Analysen: (bitte ankreuzen)

Gentechnikgesetz § 65 Typ 2, Typ 3 und Typ 4 Analysen:

<b>Gerinnungsstörungen:</b>	<input type="radio"/> Hyperhomocysteinämie MTHFR (677C>T)
<input type="radio"/> Thrombophilie-Diagnostik (genetisch)	
{Faktor V Leiden (R506Q), Prothrombin (20210G>A)}	
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	<b>Lipidstoffwechsel:</b>
<input type="radio"/> Hereditäre Hämochromatose HFE (C282Y, H63D)	<input type="radio"/> APOE (E2, E3, E4)
<input type="radio"/> Laktose Intoleranz LCT (-13910T>C)	<input type="radio"/> APOB (R3500Q)
	<b>Autoimmunerkrankungen:</b>
	<input type="radio"/> HLA-B27

### Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

Ich wurde vom zuweisenden Facharzt gem. § 69 des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über das Wesen, die Tragweite und die Aussagekraft der geplanten genetischen Analyse ausreichend aufgeklärt und stimme der Durchführung zu.  
Ich bin mit der Dokumentation des aus der genetischen Analyse resultierenden Ergebnisses in Arztbriefen und Krankengeschichten einverstanden. Die von mir gemachten Angaben, sowie das Ergebnis der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte, nicht aber an Dritte weitergegeben. Ein schriftlicher Widerruf dieser Einverständniserklärung ist jederzeit möglich!

Datum und **Unterschrift** des Patienten

bzw. erziehungsberechtigten Person oder des Sachwalters

Gentechnikgesetz § 65 Typ 1 Analysen bzw. § 65 nicht zuordenbar:

<b>Myeloproliferative Erkrankungen:</b>	<input type="radio"/> CYP2D6 {Allel *3, *4, *6; Del. (*5), Ampl. (XN)}
<input type="radio"/> JAK2 (V617F)	<input type="radio"/> CYP2C19 (Allel *2)
<input type="radio"/> MPL (W515L, W515K)	<input type="radio"/> CYP2C9 (Allel *2, *3)
<input type="radio"/> Calreticulin (Exon 9 Ins/Del Mutationen)	<input type="radio"/> TPMT (Allel *2, *3A, *3C)
<b>Pharmakogenetik:</b>	<input type="radio"/> IL28B (rs12979860)
<input type="radio"/> FU-Toxizität, DPYD (Allel *2A; *13; c.2846A>T; Haplotyp B3)	<input type="radio"/> Statin induzierte Myopathie, SLCO1B1 (V174A)

Keine Patientenunterschrift gemäß § 69 notwendig. Es gelten aber alle Bestimmungen einschließlich § 71 des Gentechnikgesetzes (mit Ausnahme der §§ 68, 68a und 69).

Stempel des zuweisenden Facharztes

Name (**Blockschrift**) und Unterschrift des Facharztes