

## ANFORDERUNG

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

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

<p><b>Gerinnungsstörungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Faktor V Leiden</p> <p><input type="checkbox"/> Prothrombin 20210G&gt;A</p> <p><input type="checkbox"/> Faktor XIII V34L</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinogen gamma 10034C&gt;T</p> <p><input type="checkbox"/> PAI1 4G/5G</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperhomocysteinämie (MTHFR)</p> <p><b>Stoffwechselerkrankungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hered. Hämochromatose (HFE)</p> <p><input type="checkbox"/> Mb. Wilson (ATP7B H1069Q)</p> <p><input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz (LCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Hered. Fruktoseintoleranz (ALDOB A149P, A174D, N334K)</p> <p><input type="checkbox"/> Hered. Fruktoseintoleranz (vollständige ALDOB-Sequenzierung)</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\alpha</math>1-Antitrypsinmangel (SERPINA1)</p> <p><b>Lipidstoffwechsel:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ApoB-100 R3500Q</p> <p><input type="checkbox"/> ApoE Typisierung</p> <p><input type="checkbox"/> Statin-Unverträglichkeit (SLCO1B1)</p>	<p><b>Osteoporose:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kollagen 1A1 (COL1A1 Sp1)</p> <p><input type="checkbox"/> Laktose-Intoleranz (LCT)</p> <p><b>Pharmakogenetik:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 5-FU Toxizität (DPYD)</p> <p><input type="checkbox"/> Thiopurin-Toxizität (TPMT)</p> <p><input type="checkbox"/> Cumarin Sensitivität (VKORC1, CYP2C9)</p> <p><input type="checkbox"/> CYP2C9 (*2, *3)</p> <p><input type="checkbox"/> Clopidogrel-Resistenz (CYP2C19)</p> <p><input type="checkbox"/> Tamoxifen-Sensitivität (CYP2D6)</p> <p><input type="checkbox"/> Statin-Unverträglichkeit (SLCO1B1)</p> <p><input type="checkbox"/> Methotrexat Toxizität (MTHFR)</p> <p><b>Autoimmunerkrankungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> HLA-B*27</p> <p><input type="checkbox"/> Zöliakie (HLA-DQA1, -DQB1)</p> <p><b>Diverse:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Altersbedingte Makuladegeneration (CFH)</p> <p><input type="checkbox"/> Fam. Mittelmeerfieber (MEFV)</p>
---	---

**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)

I201007