

Patient	Einsender
<p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Geb.-Datum _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</p> <p>Anschrift _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender / Klinik <input type="checkbox"/> Wahlarztleistung</p>	<p>Ggf. Stempel</p> <p>Rückfragen an:</p> <p>Name: _____</p> <p>Telefon: _____</p>

Auftragsschein Genetik

Wichtige Hinweise:

- Probengut: 2 ml EDTA-Vollblut, alternativ Citrat-Vollblut oder isolierte genomische DNA. Bei geringeren Mengen Rücksprache empfohlen.
- Transport bei Raumtemperatur und auch per Post.
- Wir bitten um klinische Angaben, z. B.: Restaktivität und Schweregrad der Erkrankung
- Wenn vorhanden, bitten wir die molekulargenetische Vorbefunde des Indexpatienten beizulegen.
- Bei Kassenpatienten bitten wir um Zusendung eines Überweisungsschein (Muster 6).
- Gesetzlich notwendig ist eine Einverständniserklärung des Patienten, dass er gemäß Gendiagnostikgesetz beraten und aufgeklärt wurde und mit der Untersuchung und Übermittlung der Ergebnisse an den einsendenden Arzt einverstanden ist. Ersatzweise zur Zusendung der Einverständniserklärung kann der Arzt per Unterschrift bestätigen, dass diese ihm vorliegt.

Gerinnungsfaktoren - Genotypisierung	Thrombophilie - Genotypisierung	Thalassämie-/Hämoglobinopathie-Gen.
<input type="checkbox"/> Fibrinogen (FGA, FGB, FGG)	<input type="checkbox"/> Antithrombin (SERPINC1)	<input type="checkbox"/> Hämoglobin alpha-Kette (HBA1, HBA2)
<input type="checkbox"/> Faktor V (F5)	<input type="checkbox"/> Protein C (PROC)	<input type="checkbox"/> Hämoglobin beta-Kette (HBB)
<input type="checkbox"/> Faktor VII (F7)	<input type="checkbox"/> Protein S (PROS1)	
<input type="checkbox"/> Faktor VIII (F8)	Thrombophilie - Punktmutationen	
<input type="checkbox"/> Faktor IX (F9)	<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden	
<input type="checkbox"/> Faktor X (F10)	<input type="checkbox"/> Prothrombin (Faktor II) G20210A	
<input type="checkbox"/> Faktor XI (F11)	<input type="checkbox"/> Fibrinogenrezeptor HPA 1a/1b	
<input type="checkbox"/> Faktor XIII (F13A1, F13B)	<input type="checkbox"/> Kollagenrezeptor 807CT	
<input type="checkbox"/> von Willebrand Faktor (VWF)	<input type="checkbox"/> PAI 4G/5G	
	<input type="checkbox"/> Faktor XIII V34L	
	<input type="checkbox"/> Faktor V HR2-Polymorphismus	

Klinische Informationen (Schweregrad, Restaktivität):

Unterschrift Arzt:

Der Patient wurde von mir gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und stimmt dieser Untersuchung und der Übermittlung der gewonnenen Daten an mich zu:

Ort, Datum, Unterschrift