

## ANFORDERUNG

Benötigtes Material: **EDTA-Blut**  
(kleines Röhrchen)

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

<p><b>Gerinnungsstörungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> F5 R534Q (Faktor V Leiden)</li> <li><input type="checkbox"/> F2 20210G&gt;A (Prothrombin-Mutation)</li> <li><input type="checkbox"/> F13A1 V34L (Faktor XIII)</li> <li><input type="checkbox"/> FGG 10034C&gt;T (Fibrinogen gamma)</li> <li><input type="checkbox"/> PAI1 4G/5G</li> <li><input type="checkbox"/> MTHFR 677C&gt;T (Hyperhomocysteinämie)</li> </ul> <p><b>Stoffwechselerkrankungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> HFE H63D, C282Y (Hered. Hämochromatose)</li> <li><input type="checkbox"/> LCT -13910T&gt;C (Laktose-Intoleranz)</li> <li><input type="checkbox"/> ALDOB 149, 174, 334 (Hered. Fruktoseintoleranz)</li> <li><input type="checkbox"/> ALDOB-Sequenzierung</li> <li><input type="checkbox"/> SERPINA1 M/S/Z-Typ (<math>\alpha</math>1-Antitrypsinmangel)</li> <li><input type="checkbox"/> PNPLA3 (Stratifikation bei Lebererkrankungen)</li> <li><input type="checkbox"/> ATP7B H1069Q (Morbus Wilson)</li> </ul> <p><b>Lipidstoffwechsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> APOB R3500Q</li> <li><input type="checkbox"/> APOE Typisierung e2/e3/e4</li> </ul>	<p><b>Pharmakogenetik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DPYD (5-FU Toxizität)</li> <li><input type="checkbox"/> TPMT (Thiopurin-Toxizität)</li> <li><input type="checkbox"/> VKORC1 (Cumarin Sensitivität)</li> <li><input type="checkbox"/> CYP2C9 (Siponimod, Ibuprofen ...)</li> <li><input type="checkbox"/> CYP2C19 (Clopidogrel, Mavacamten ...)</li> <li><input type="checkbox"/> SLCO1B1 (Statin-Nebenwirkungen)</li> <li><input type="checkbox"/> CYP2D6 (Tamoxifen-Wirkung)</li> <li><input type="checkbox"/> UGT1A1*28 (Irinotecan, Mb. Meulengracht)</li> <li><input type="checkbox"/> COMT V158M</li> <li><input type="checkbox"/> ABCB1 (rs2032583, rs2235015)</li> </ul> <p><b>Autoimmunerkrankungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> HLA-B27 (Mb. Bechterew)</li> <li><input type="checkbox"/> HLA-DQ2, -DQ8 (Zöliakie)</li> </ul> <p><b>Diverse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CFH (Altersbedingte Makuladegeneration)</li> <li><input type="checkbox"/> MEFV (Fam. Mittelmeerfieber)</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul>
--	--

**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)