LABOR RENNER

# ANFORDERUNG

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

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

**Gerinnungsstörungen:**

- ☐ Faktor V Leiden
- ☐ Prothrombin 20210G>A
- ☐ Faktor XIII V34L
- ☐ Fibrinogen gamma 10034C>T
- ☐ PAI1 4G/5G
- ☐ Hyperhomocysteinämie (MTHFR)

**Stoffwechselerkrankungen:**

- ☐ Hered. Hämochromatose (HFE)
- ☐ Laktose-Intoleranz (LCT)
- ☐ Hered. Fruktoseintoleranz (ALDOB A149P, A174D, N334K)
- ☐ Hered. Fruktoseintoleranz (vollständige ALDOB-Sequenzierung)
- ☐ α1-Antitrypsinmangel (SERPINA1)
- ☐ Morbus Wilson (ATP7B H1069Q)

**Lipidstoffwechsel:**

- ☐ ApoB-100 R3500Q
- ☐ ApoE Typisierung
- ☐ Statin-Nebenwirkungen (SLCO1B1)

**Osteoporose:**

- ☐ Kollagen 1A1 (COLIA1 Sp1)
- ☐ Laktose-Intoleranz (LCT)

**Pharmakogenetik:**

- ☐ 5-FU Toxizität (DPYD)
- ☐ Thiopurin-Toxizität (TPMT)
- ☐ Cumarin Sensitivität (VKORC1, CYP2C9)
- ☐ CYP2C9
- ☐ Clopidogrel-Resistenz (CYP2C19)
- ☐ Statin-Nebenwirkungen (SLCO1B1)
- ☐ Tamoxifen-Sensitivität (CYP2D6)
- ☐ Irinotecan Toxizität (UGT1A1)
- ☐ Hepatitis C - Therapieansprechen (IL28B)

**Autoimmunerkrankungen:**

- ☐ HLA-B*27
- ☐ Zöliakie (HLA-DQ2, -DQ8)

**Diverse:**

- ☐ Altersbedingte Makuladegeneration (CFH)
- ☐ Fam. Mittelmeerfieber (MEFV)
- ☐ .....

**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)

*i201503*