



Untersuchungsantrag für die molekularbiologische Diagnostik

Einsenderadresse / Stationsbarcode:

**Bitte Patientenetikett aufkleben
oder in Blockschrift ausfüllen:**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: M W

Aufnahmeart:

- stationär
 ambulant

Abrechnungsart:

- privat/Selbstz.
 GKV (Kasse)

bei privat/Selbstz.

- Rechnung an:**
 Einsender
 Patient

Bitte diesen Untersuchungsantrag immer zusammen mit einer gültigen Einverständniserklärung einsenden!

Molekularbiologische Untersuchungen:

- CMV quantitativ (PCR)

1. Thromboseneigung

- Antithrombin III-Defizienz
OMIM-G: 107300 (SERPINC1)
- Prothrombin-Mutation
OMIM-G: 176930 (F2)
- Faktor V-Leiden Mutation
OMIM-G: 612309 (F5)
- MTHFR-C677T-Mutation
OMIM-G: 607093 (MTHFR)
- ANXA5-Promotor Haplotyp
OMIM-G: 131230 (ANXA5)

2. Pharmakogenetik

- DPD-Defizienz
OMIM-G: 612779 (DPYD)
- TPMT-Defizienz
OMIM-G: 187680 (TPMT)
- Cytochrom P-450 2C19*2
OMIM-G: 124020 (CYP2C19)
- Cytochrom P-450 2C19*17
OMIM-G: 124020 (CYP2C19)
- P-Glykoprotein Polymorphismus (C3435T)
OMIM-G: 171050 (ABCB1)

3. Leber-/Stoffwechselerkrankungen

- Alpha1-Antitrypsin-Defizienz
OMIM-G: 107400 (SERPINA1)
- Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6PD)-Defizienz
OMIM-G: 305900 (G6PD)
- Hämochromatose Typ 1
OMIM-G: 613609 (HFE)
- Hämochromatose Typ 2A
OMIM-G: 608374 (HJV)
- Hämochromatose Typ 2B
OMIM-G: 606464 (HAMP)
- Hämochromatose Typ 4
OMIM-G: 604653 (SLC40A1)
- Autosomal dominante Hyperferritinämie
OMIM-G: 134790 (FTL)
- Hyperferritinämie-Katarakt-Syndrom
OMIM-G: 134790 (FTL)
- Morbus Meulengracht
OMIM-G: 191740 (UGT1A1)
- Morbus Wilson
OMIM-G: 606882 (ATP7B)
- Fruktose-Intoleranz
OMIM-G: 612724 (ALDOB)
- Laktose-Intoleranz
OMIM-G: 603202 (LCT)

4. Fettstoffwechselstörungen

- ApoA5-Defizienz
OMIM-G: 606388 (APOA5)
- ApoB-Mutation
OMIM-G: 107730 (APOB)
- ApoC2-Defizienz
OMIM-G: 608083 (APOC2)
- ApoE-Genotyp
OMIM-G: 107741 (APOE)
- Familiäre Hypercholesterinämie
OMIM-G: 606945 (LDLR)
- LPL-Defizienz
OMIM-G: 609708 (LPL)

**5. Autoinflammatorische Erkrankungen /
Fiebererkrankung unklarer Genese**

- Blau-Syndrom
OMIM-G: 605956 (NOD2)
- Cryopyrin-assoziiertes periodisches Syndrom (CAPS)
OMIM-G: 606416 (NLRP3)
- Familiäres Mittelmeerfieber
OMIM-G: 608107 (MEFV)
- Mevalonatkinase-Defizienz
OMIM-G: 251170 (MVK)
- PAPA-Syndrom
OMIM-G: 606347 (PSTPIP1)
- TNF-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS)
OMIM-G: 191190 (TNFRSF1A)
- PASH-Syndrom
OMIM-G: 606347 (PSTPIP1)
- Morbus Crohn
OMIM-G: 605956 (NOD2)

6. Pankreatitisneigung

- Hereditäre Pankreatitis
OMIM-G: 276000 (PRSS1)
- Pankreatitisneigung
OMIM-G: 167790 (SPINK1)

Freier Text für weitere Untersuchungen:



CAMPUS GROSSHADERN
 CAMPUS INNENSTADT
 INSTITUT FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN
 DIREKTOR: PROF. DR. MED. DANIEL TEUPSER



Bitte zurücksenden an das

Klinikum der Universität München
 Institut für Laboratoriumsmedizin
 Bereich Molekulare Diagnostik
 Marchioninstr. 15
 81377 München

**Bitte Patientenetikett aufkleben
 oder in Blockschrift ausfüllen:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Einverständniserklärung

zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Genetische Untersuchung(en)*:

Name der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person*: _____

Über die in Frage stehende Erkrankung/Diagnose, deren genetische Grundlagen, die Möglichkeiten der Vorbeugung/ Behandlung sowie über den Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten genetischen Untersuchungen einschließlich der mit der Blut-/Gewebeentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend von der verantwortlichen ärztlichen Person aufgeklärt worden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur genetischen Analyse für die o.g. Fragestellung und zu der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme bei mir/meinem Kind/bei der von mir betreuten Person.

Ich willige weiterhin ein, dass die Untersuchungsergebnisse den die verantwortliche ärztliche Person vertretenden Ärzten mitgeteilt werden dürfen, sollte andernfalls eine medizinisch nicht verantwortbare Verzögerung bei der Ergebnismitteilung eintreten.

Zusätzlich stimme ich wie folgt zu (Fragen, die nicht eindeutig von mir mit "JA" beantwortet werden, werden als verneint angesehen):

JA

Ich stimme zu, dass Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt wird. Für weiterführende genetische Untersuchungen darf das Probenmaterial nur nach meiner Unterrichtung und Einwilligung verwendet werden.	
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse der genetischen Untersuchung nach 10 Jahren nicht vernichtet werden, damit diese Daten auch nach Ablauf dieser gesetzlichen Frist zur Verfügung stehen.	
Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsergebnis auch der Ärztin/dem Arzt Frau/Herrn _____ in _____ mitgeteilt wird.	
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet wird, sollte die Untersuchung im Institut für Laboratoriumsmedizin nicht möglich sein.	
Ich stimme zu, dass nicht verbrauchtes Probenmaterial in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke verwendet wird.	

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit benden lassen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters*: _____

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person*: _____

Arztstempel:

* Pflichtfelder, ohne die eine Behandlung nicht möglich ist.