



Untersuchungsauftrag

Pharmako- und Nutrigenetik

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift) | Kostenübernahme |
| Name: | <input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei |
| Klinik: | <input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus |
| Straße/Ort: | <input type="checkbox"/> Privatrechnung an Patient/in |
| Telefon: | |
| Email-Adresse: | Krankenkasse: |

| | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett) | |
| Nachname: | Vorname: |
| Geb.Datum: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Adresse: | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Folgende Informationen sind für eine korrekte Abwicklung der Diagnostik unbedingt erforderlich! | |
| Zuweisungsdiagnose: | |
| Patient/in ist: | <input type="checkbox"/> symptomatisch <input type="checkbox"/> nicht symptomatisch |
| | <input type="checkbox"/> Index-Patient/in <input type="checkbox"/> nicht Index Patient/in → Name der/des Index Patientin/en: |
| Familienstammbaum: | <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> nicht relevant/vorhanden |
| Klinische Informationen: | <input type="checkbox"/> liegen bei (Arztbriefe, Befunde, etc.) |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Untersuchungsmaterial: | Datum der Probenabnahme: |
| <small>(mind. 4 ml EDTA-Blut / 1 ml EDTA-Blut im 1. Lebensjahr bzw. siehe Probenmaterial unter https://humangenetik.medunigraz.at/)</small> | |

Pharmakogenetik, alle §

- 5-Fluorouracil-Toxizität Stufe I (DPYD - Exon 14)
- 5-Fluorouracil-Toxizität Stufe II (DPYD - Exon 2/4/6/7/11/13/21/23)

Multi Drug Resistance

- Anthracycline, Etoposid, Vincaalkaloide u.a. (MDR1)
- ABCB4/MDR3

- Azathioprin-, Mercaptopurin-Toxizität (TPMT)
- Irinotecan-Toxizität (UGT1A1-TA Expansion)
- Methotrexat-Toxizität (MTHFR)

§ nur die häufigste(n) Veränderungen

Nutrigenetik, alle §

- Alkohol-Intoleranz
- ADH2 (Asiatische Form; p.H48R)
- ALDH2 (p.E504K)
- Favismus (G6PDH)
- Folat-Defizienz, hereditär (MTHFR)
- Fructose-Intoleranz (HFI)
(Aldolase B; Keine intestinale FI)
- Lactose-Intoleranz, hereditär (LCT)

| |
|--------------|
| Bemerkungen: |
|--------------|

Das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/en ist erforderlich!

Separates Formular! Abrufbar unter <http://humangenetik.medunigraz.at> (Formulare; Einverständniserklärung)

Hiermit wird bestätigt, dass mir (einsendende/r Ärztin/Arzt) das schriftliche Einverständnis der/des Patientin/Patienten zur Durchführung der oben gewählten humangenetischen Untersuchung vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz erfolgte.

| | | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Ort, Datum | Vorname / Nachname einsendende/r Ärztin/Arzt (Druckschrift) | Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|