Medizinische Universität Graz

Institut für Humangenetik
Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz
humangenetik@medunigraz.at
Tel. +43 / 316 / 385-73800
Fax +43 / 316 / 385-79620

Untersuchungsauftrag

Pharmako- und Nutrigenetik

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	☐ Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	☐ Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	☐ Privatrechnung an Patient/in
Telefon:	
Email-Adresse:	Krankenkasse. ……..…….

Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett)

Nachname: ..... Vorname: .....

Geb.Datum: ..... □ weiblich □ männlich

Adresse: .....

Folgende Informationen sind für eine korrekte Abwicklung der Diagnostik unbedingt erforderlich!

Zuweisungsdiagnose: ……

Patient/in ist:	☐ symptomatisch	☐ nicht symptomatisch
	☐ Index-Patient/in	☐ nicht Index Patient/in → Name der/des Index Patientin/en: ……
Familienstammbaum:	☐ liegt bei	☐ nicht relevant/vorhanden
Klinische Informationen:	☐ liegen bei (Arztbriefe, Befunde, etc.)	

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

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)

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)

§ nur die häufigste(n) Veränderungen

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

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.
UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt IBAN AT931200050094840004 BIC BKAUATWW, Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN AT443800000000049510 BIC RZSTAT2G