



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: 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)

§ 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 Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt

(Druckschrift)