

Untersuchungsauftrag

Pharmako- und Nutrigenetik

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

Zuweisende*r Arzt*Ärztin (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 zum*r Patient*in (Etikett)	
Nachname:	Vorname:
Geb.Datum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Adresse:	

Verdachtsdiagnose / Zuweisungsgrund / Klinische Informationen:
.....
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 Index-Patient*in:

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)

Nutrigenetik, alle §

- Favismus (G6PDH)
- Folat-Defizienz, hereditär (MTHFR)
- Fructose-Intoleranz (HFI)
(Aldolase B; Keine intestinale FI)
- Lactose-Intoleranz, hereditär (LCT)

Das schriftliche Einverständnis des*der Patient*in ist erforderlich!

Formular abrufbar unter <https://humangenetik.medunigraz.at/Diagnostik/Einverständniserklärung>

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

.....
 Ort, Datum

.....
 Vorname / Nachname einsendende*r Arzt*Ärztin
 (Druckschrift)

.....
 Unterschrift einsendende*r Arzt*Ärztin