



Institut für Immunologie und Genetik Kaiserslautern, 67613 Kaiserslautern Postf. 2565 / 67655 Kaiserslautern, Pfaffplatz 10

Einsender:

Patientendaten:

Untersuchungspanel - HCV

- HCV-RNA quantitativ (3ml EDTA-Blut)
- HCV-Genotypisierung[#] (3ml EDTA-Blut)
- HCV genotypische Resistenzbestimmung[#] (5ml EDTA-Blut, GT erforderlich):
 - NS3 („-previr“-Medikamente)
 - NS5A („-asvir“-Medikamente)
 - NS5B („-buvir“-Medikamente)

[#] Die Durchführung der HCV Genotypisierung/Resistenzbestimmung setzt eine HCV Viruslastbestimmung aus dem aktuellen Material voraus.

Ergänzende, therapierelevante Untersuchungen

- IL28B-Polymorphismus (3ml EDTA-Blut)*
- ITPA-Polymorphismus (3ml EDTA-Blut)*

Entnahmedatum/Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____

*EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR GENETISCHE UNTERSUCHUNGEN

Name: _____ geb. _____

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich /die von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt worden. Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses zu verzichten. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt und anschließend vernichtet wird.

Ich wünsche die Durchführung der mir angebotenen Untersuchung: O ja O nein

Ausschluss bzw. Nachweis von _____

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient) _____