



Institut für Immunologie und Genetik, Postfach 2565, 67613 Kaiserslautern | Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

Einsender:

Patientendaten:

Untersuchungsgrund: diagnostisch prädiktiv auf familiäre Mutation _____

(Bitte ankreuzen)

- Patient selbst klinisch betroffen
 Familienangehörige betroffen – wer? _____
 es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
 folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: _____

Untersuchungsanforderung Blutungsneigungen / Gerinnungsstörungen

(Bitte ankreuzen)

Erkrankung	Gen(e)	Erkrankung	Gen(e)
<input type="checkbox"/> ADAMTS13-Mangel	<i>ADAMTS13</i>	<input type="checkbox"/> Protein C-Mangel	<i>PROC</i>
<input type="checkbox"/> Antithrombin III-Mangel	<i>SERPINC1</i>	<input type="checkbox"/> Protein S-Mangel	<i>PROS1</i>
<input type="checkbox"/> Bernard Soulier-Syndrom	<i>GP1BA, GP1BB, GP9</i>	<input type="checkbox"/> Von Willebrand-Syndrom	<i>VWF</i>
<input type="checkbox"/> Faktor II-Mangel	<i>F2</i>	<input type="checkbox"/> Wiskott-Aldrich-Syndrom	<i>WAS</i>
<input type="checkbox"/> Faktor V-Mangel	<i>F5</i>	SNP-Diagnostik	
<input type="checkbox"/> Faktor VII-Mangel	<i>F7</i>	<input type="checkbox"/> Antithrombin III Cambridge II A384S (rs121909548)	
<input type="checkbox"/> Hämophilie A	<i>F8</i>	<input type="checkbox"/> Prothrombin G19911A (rs3136516)	
<input type="checkbox"/> Hämophilie B	<i>F9</i>	<input type="checkbox"/> Prothrombin G20210A (rs1799963)	
<input type="checkbox"/> Faktor X-Mangel	<i>F10</i>	<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden R506Q (rs6025)	
<input type="checkbox"/> Faktor XI-Mangel	<i>F11</i>	<input type="checkbox"/> Faktor V H1299R (rs1800595)	
<input type="checkbox"/> Faktor XII-Mangel	<i>F12</i>	<input type="checkbox"/> Faktor XII C46T (rs1801020)	
<input type="checkbox"/> Faktor XIII-Mangel	<i>F13A1, F13B</i>	<input type="checkbox"/> Faktor XIII V34L (rs5985)	
<input type="checkbox"/> Fibrinogen-Mangel	<i>FGA, FGB, FGG</i>	<input type="checkbox"/> β-Fibrinogen G-455A (rs1800790)	
<input type="checkbox"/> (Prä)Kallikrein-Mangel	<i>KLKB1</i>	<input type="checkbox"/> FSAP G534E (rs7080536)	
<input type="checkbox"/> (Hochmolekularer) Kininogen-Mangel	<i>KNG1</i>	<input type="checkbox"/> MTHFR C677T (rs1801133)	
<input type="checkbox"/> Morbus Glanzmann	<i>ITGA2B, ITGB3</i>	<input type="checkbox"/> MTHFR A1298C (rs1801131)	
<input type="checkbox"/> Morbus Osler	<i>ACVRL1, ENG</i>	<input type="checkbox"/> PAI-1 A-844G (rs2227631)	
<input type="checkbox"/> Plasminogen-Mangel	<i>PLG</i>	<input type="checkbox"/> PAI-1 4G/5G (rs587776796)	

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- Einverständniserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10
- 5 ml EDTA-Blutröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet