



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

Einsender:

Patientendaten:

Bestimmung krankheitsassoziierter HLA-Merkmale

Material: 3ml EDTA-Blut

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen gem. Gendiagnostikgesetz wird benötigt!

Erkrankung	Untersuchung
<input type="checkbox"/> Abacavir Hypersensitivität	HLA-B*57:01
<input type="checkbox"/> M. Bechterew	HLA-B*27
<input type="checkbox"/> M. Behcet	HLA-B*51
<input type="checkbox"/> Narkolepsie	HLA-DQB1*06:02
<input type="checkbox"/> Zöliakie	HLA-DQA1*, -DQB1* (hochauflösend)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I (insulinabhängig)	HLA-DQB1*02,03,06 (hochauflösend)

andere _____

Entnahmedatum/Uhrzeit: _____ **Unterschrift:** _____