



**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"/> Faktor II-Mangel                   | <i>F2</i>            | <input type="checkbox"/> Von Willebrand-Syndrom                            | <i>VWF</i>   |
| <input type="checkbox"/> Faktor V-Mangel                    | <i>F5</i>            |  |              |
| <input type="checkbox"/> Faktor VII-Mangel                  | <i>F7</i>            | <b>SNP-Diagnostik</b>  |              |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie A                       | <i>F8</i>            | <input type="checkbox"/> Antithrombin III Cambridge II A384S (rs121909548) |              |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie B                       | <i>F9</i>            | <input type="checkbox"/> Prothrombin G19911A (rs3136516)                   |              |
| <input type="checkbox"/> Faktor X-Mangel                    | <i>F10</i>           | <input type="checkbox"/> Prothrombin G20210A (rs1799963)                   |              |
| <input type="checkbox"/> Faktor XI-Mangel                   | <i>F11</i>           | <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden R506Q (rs6025)                    |              |
| <input type="checkbox"/> Faktor XII-Mangel                  | <i>F12</i>           | <input type="checkbox"/> Faktor V H1299R (rs1800595)                       |              |
| <input type="checkbox"/> Faktor XIII-Mangel                 | <i>F13A1, F13B</i>   | <input type="checkbox"/> Faktor XII C46T (rs1801020)                       |              |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogen-Mangel                  | <i>FGA, FGB, FGG</i> | <input type="checkbox"/> Faktor XIII V34L (rs5985)                         |              |
| <input type="checkbox"/> Hereditäres Angioödem Typ 1 & 2    | <i>SERPINC1</i>      | <input type="checkbox"/> β-Fibrinogen G-455A (rs1800790)                   |              |
| <input type="checkbox"/> Hereditäres Angioödem Typ 3        | <i>F12 (Exon 9)</i>  | <input type="checkbox"/> FSAP G534E (rs7080536)                            |              |
| <input type="checkbox"/> (Prä)Kallikrein-Mangel             | <i>KLKB1</i>         | <input type="checkbox"/> MTHFR C677T (rs1801133)                           |              |
| <input type="checkbox"/> (Hochmolekularer) Kininogen-Mangel | <i>KNG1</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:**

- Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG und Untersuchungsanforderung
- Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)
- 5 ml EDTA-Bluttröhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet