



Einsender:

Patientendaten:

Rechnung: Überweisungsschein (Nr. 10) privat stationär ambulant

Untersuchungsanforderung Pharmakogenetik

Klinische Angaben / geplante Therapie:

- es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
 folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: _____

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABCB1 (SNPs) | <input type="checkbox"/> DPYD (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> APOE (SNPs) | <input type="checkbox"/> DRD2 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> COMT (SNPs) | <input type="checkbox"/> GLP1R (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP1A2 (SNPs) | <input type="checkbox"/> MTHFR (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2B6 (SNPs) | <input type="checkbox"/> OPRM1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2C19 (SNPs) | <input type="checkbox"/> PNPLA5 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2C9 (SNPs) | <input type="checkbox"/> SLCO1B1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP2D6 (SNPs) | <input type="checkbox"/> SULT4A1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP3A4 (SNPs) | <input type="checkbox"/> UGT1A1 (SNPs) |
| <input type="checkbox"/> CYP3A5 (SNPs) | <input type="checkbox"/> VKORC1 (SNPs) |
- Thrombophilie-Panel (SNPs: FII, FV, FXII, FSAP, ATIII)

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-Blut Röhrchen mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet**