

Einsender:

Patientendaten:

Untersuchungsanforderung Krankheitsassoziierte HLA-Merkmale

Erkrankung	Untersuchung
<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)
Pharmakogenetik	
<input type="checkbox"/> Abacavir Hypersensitivität	HLA-B*57:01
<input type="checkbox"/> Aderhautmelanom, metastasiert	HLA-A*02:01
<input type="checkbox"/> andere _____	

Material: 3ml EDTA-Blut

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen gem. Gendiagnostikgesetz wird benötigt!

Bitte beachten Sie das Dokument „Informationen für Einsender“ unter <https://immungenetik-kl.de/downloads/>

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