



IMMUNOLOGISCHE TAGESKLINIK

und Biomedizinisches Institut Ärztl. Leiter: Univ.-Prof. Dr. Martha Eibl
Schwarzspanierstraße 15/Stiege 1/Tür 9 (Labor, Probenannahme) Tel.: 403 14 50, Fax: 405 10 46
bzw. Tür 21 (für Patienten), A-1090 Wien E-mail: office@itk.at, www.itk.at

PATIENT:

Geburtsdatum: Geschlecht: M W

EINSENDER:

AZ:

Anforderung einer molekularen Analyse:

Klinisch-immunologische Fragestellung / Diagnose:

.....

Gewünschte molekulare Untersuchung

(Einsendung von einem Röhrchen Heparinblut; **Verrechnung mit der Krankenkasse derzeit NICHT möglich**, bei Fragen zur Verrechnung bitte um Rücksprache):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Alpha-1-Antitrypsin-Genotypisierung (AAT-Haplotyp) | <input type="radio"/> IL2-R common gamma chain Mutationsanalyse (XL-SCID) |
| <input type="radio"/> MBL-Genotypisierung (MBL-Haplotyp) | <input type="radio"/> ADA-Mutationsanalyse |
| <input type="radio"/> Btk-Mutationsanalyse (XLA) | <input type="radio"/> XLP-Mutationsanalyse |
| <input type="radio"/> PTEN-Mutationsanalyse | <input type="radio"/> Immunglobulin Schwere Ketten Mutationsanalyse |
| <input type="radio"/> gp91 ^{phox} -Mutationsanalyse (XL-CGD) | <input type="radio"/> sonstiges: |
| <input type="radio"/> AR-CGD-Mutationsanalyse | |

Datum (Blutabnahme):

Blutabnehmender Arzt: Name:

Unterschrift:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Durchführung der oben bezeichneten Genanalyse zu Medizinischen Zwecken

Ich wurde vom zuweisenden Arzt im Sinne des derzeit gültigen Gentechnikgesetzes über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten molekularen Analyse aufgeklärt. Ich stimme der Durchführung dieser molekularen Analyse mittels Gen-Untersuchung zu.

Name der zu untersuchenden Person:

Geburtsdatum der zu untersuchenden Person:

Unterschrift der zu untersuchenden Person:

Zuweisender bzw. aufklärender Arzt:

Name:

Unterschrift:

Wien, am