

Ort, Datum

Patientendaten ausfüllen oder eindrucken
(Name und Geburtsdatum in Druckschrift)

-Barcode-Aufkleber-
Vergibt das Labor

Unterschrift / Praxisstempel

Formular F2

Ausfertigung Labor

Untersuchungsauftrag

Pharmakogenetische Untersuchung

Kostenträger:

Selbstzahler, Rechnung an Patienten

Life&Brain GmbH

Department Genomics

Leitung: Dr. Per Hoffmann
Venusberg-Campus 1, Geb. 76
53127 Bonn

Tel. +49 (0) 228 6885 424

Fax +49 (0) 228 6885 401

Angaben zum Patienten:

Biologisches Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Biogeografische Herkunft: _____

Hatte der Patient in den letzten vier Wochen eine Bluttransfusion? * ☐ Nein ☐ Ja

Hatte der Patient eine Knochenmarks-, Leber- oder Nierentransplantation? * ☐ Nein ☐ Ja

* Pflichtfeld! Falls eine der beiden Fragen mit ja „zu“ beantwortet ist, bitte vorab Rücksprache mit dem Labor halten!

Untersuchungsmaterial:

☐ EDTA-Blut (2-5 ml) oder ☐ Speichelprobe

Entnahmedatum: _____

Untersuchungsauftrag:

- ☒ Präemptive pharmakogenetische Untersuchung ^{KO1} folgender Gene:
ABCG2, CYP2B6, CYP2C19, CYP2C9, CYP2D6, CYP3A4, CYP3A5, DPYD, G6PD, GSTP1, HLA-A, HLA-B, IFNL3, NUDT15,
SLC22A1, SLC22A2, SLC47A1, SLCO1B1, TPMT, UGT1A1, VKORC1, CYP2C9+VKORC1, NUDT15+TPMT.

^{KO} In Kooperation mit der PGXperts GmbH

¹ Untersuchungen sind **nicht** Teil des akkreditierten Leistungsspektrums

Einwilligung zur genetischen Untersuchung (Einwilligungserklärung siehe *Formular F1*):

Das Gendiagnostikgesetz fordert für alle genetischen Untersuchungen eine ausführliche Aufklärung und schriftliche Einwilligung der Patienten. Eine Kopie der schriftlichen Einwilligung muss zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an das Labor gesendet werden. **Das Labor darf die Untersuchung nicht ohne vorliegende Einwilligung beginnen (§ 8 Abs. 1 GenDG).**

Name anfordernder Arzt (in Druckschrift)

Ort, Datum

Unterschrift anfordernder Arzt