

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich männlich

Vorname

Straße

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
MVZ - Dr. Eberhard & Partner Dortmund

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231 · 95 72 - 0
Fax: 0231 · 57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name
Tel.-Nr.
Fax-Nr.
Mail

Probenmaterial

Datum/Uhrzeit
 Blut/Vollblut
 Citrat-Plasma [CP]
 EDTA-Blut [E]
 EDTA-Plasma [EP]
 NaF-Blut [Na]
 Serum [S]
 Urin [U]
 Morgenurin [UM]

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer
sonst. Material/Anmerk.

Rechnung

Rechnung an Patienten/in

Molekulargenetische Untersuchung und Diganostik bei Morbus Fabry

Version 12/2017

Patientenangaben (obligat)

Name, Vorname: weiblich männlich
Geb.-Datum: schwanger: Nein Ja , SSW:
Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
Untersuchung diagnostisch prädiktiv
Klinische Angaben
Indexfall in Familie (z.B. „Vater“, „Mutter“, „Sohn“, „Tochter“...):
Molekulargenetischer Befund bei Indexfall in der Familie erhoben: Nein Ja Befund: oder: Kopie anbei

Analysen

- genetische Analyse des GLA-Gens
- Alpha-Galaktosidase A (AGAL) Enzymaktivität (nur bei männlichen Patienten sinnvoll)
- Lyso-Gb3 (auch als Verlaufsparemeter), wurde schon einmal bestimmt
- Sonstiges:

Einverständniserklärung Patient/-in (Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.labmed.de.)

Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
Ich willige in die genannte genetische Diagnostik ein.

Ort, Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Name und Unterschrift gesetzl. Vertreter/in Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. Ärztin/Arzt

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten. Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

Ort, Datum Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. Ärztin/Arzt