



Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Vorname	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	
Einsender (ggf. Stempel)	

**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

**Rechnung**

Rechnung an Patient:in

ambulant §116b

Überweisungsschein (Muster 10)

stationär/Rechnung an Einsender

**Nur vom Labor auszufüllen**

Auftragsnummer

**Anforderungsschein CYP2C9 Genotyp vor Gabe von Siponimod (Mayzent®)**

Version 01/2024

**Angeforderte Analyse**

**CYP2C9 Genotypisierung** (EDTA-Blut: 2 ml)

**Ggf. Anmerkungen**

.....  
.....  
.....

**Einverständniserklärung Patient/in** (Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter [www.labmed.de](http://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 gesetzliche/r Vertreter/in

.....  
Name/Stempel, Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt

**Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:**

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter/in) 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 verantwortliche/r Ärztin/Arzt