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

Rechnung
○ Rechnung an Patienten/in

Probenmaterial	
Datum / Uhrzeit	
○ Blut / Vollblut	
○ Citrat-Plasma	[CP]
○ EDTA-Blut	[E]
○ EDTA-Plasma	[EP]
○ NaF-Blut	[Na]
○ Serum	[S]
○ Urin	[U]
○ Morgenurin	[UM]
sonst. Material / Anmerk.	

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Anforderungsschein CYP2C9 Genotyp vor Gabe von Siponimod (Mayzent®)

Version 02/2020

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.)

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**