



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
<input type="radio"/> Rechnung an Patient:in <input type="radio"/> ambulant \$116b
<input type="radio"/> Überweisungsschein (Muster 10) <input type="radio"/> stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Molekulargenetische Untersuchung und Diagnostik bei Morbus Fabry

Version 08/2021

Patient:innenangaben (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 (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 des/der verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Die/der Patient:in (bzw. gesetzliche/r 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**