



Anforderungsformular PHARMAKOGENETIK

| | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------|-------------------|--|
| Daten des/der PatientIn | NAME, VORNAME in Blockbuchstaben | | ZuweiserIn | Einsendende Einrichtung / Abteilung |
| | Geburtsdatum | PatientInnen-ID (optional) | | |
| | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich | | | |
| | | | | E-Mail-Adresse(n) für den vorläufigen Befund |

| | |
|------------------------|--|
| Probe | Probenart: |
| | <input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut (Molekulargenetik, DNA-Array) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut Abstrich / Speichelprobe <input type="checkbox"/> Extrahierte-DNA <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Entnahme-Datum: | |

| | |
|----------------|--|
| Analyse | Gewünschte Analyse: |
| | <input type="checkbox"/> Pharmakogenetisches Screening Alle enthaltenen Wirkstoffe/Medikamente finden Sie online unter www.hln-genetik.at |

| | |
|-------------------|---|
| Indikation | Indikation / Medikamente (Zusatzunterlagen ggf. in Kopie beifügen) |
| | |

| | |
|-----------------------|---|
| Einverständnis | Ich bin mit der molekulargenetischen Analyse meiner eingesendeten Probe zur Erstellung pharmakogenetischer Handlungsempfehlungen einverstanden. |
| | DATUM, UNTERSCHRIFT der/des PATIENTIN/EN |

| |
|--|
| EINE ANALYSE KANN NUR MIT VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTEM UND UNTERSCHRIEBENEM ANTRAGSFORMULAR SOWIE EINER UNTERSCHRIEBENEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ERFOLGEN! |
| DATUM, UNTERSCHRIFT des/der ZUWEISERS/IN |