



Anforderungsformular PHARMAKOGENETIK

Daten des/der PatientIn	NAME, VORNAME in Blockbuchstaben		ZuweiserIn	Einsendende Einrichtung / Abteilung	
	Geburtsdatum	PatientInnen-ID (optional)		E-Mail-Adresse(n) für den vorläufigen Befund	
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich				
Probe	Probenart:				
	<input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut		<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				
Einverständnis	Ich bin mit der molekulargenetischen Analyse meiner Probe zur Erstellung pharmakogenetischer Handlungsempfehlungen einverstanden.				
					DATUM, UNTERSCHRIFT der PATIENTIN
EINE UNTERSCHRIEBENE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG					
<input type="checkbox"/> LIEGT BEI <input type="checkbox"/> LIEGT DEM/DER ZUWEISER/IN VOR					
EINE ANALYSE KANN NUR MIT VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTEM UND UNTERSCHRIEBENEM ANTRAGSFORMULAR SOWIE EINER UNTERSCHRIEBENEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ERFOLGEN!					
DATUM, UNTERSCHRIFT des/der ZUWEISERS/IN					