

REVERS

ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENANALYSE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faktor V-LEIDEN-Mutation | <input type="checkbox"/> Hämochromatose |
| <input type="checkbox"/> HLA-B27 Typisierung | <input type="checkbox"/> Prothrombin_Faktor II (G20210A) |
| <input type="checkbox"/> HLA-DQ2 / DQ8 / DR4 | <input type="checkbox"/> PAI-1 (4G/5G) |
| <input type="checkbox"/> LAKTOSE – Intoleranz | <input type="checkbox"/> BRCA ½ Mutation |
| <input type="checkbox"/> MTHFR-PCR (Methylentetrahydrofolat-Reduktase) | <input type="checkbox"/> Familiäres Mittelmeerfieber (MEFV) |

Die unterzeichnende Person wurde vom zuweisenden Arzt im Sinne von §65 GTG Abs. 1 Z 1 über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Genanalyse aufgeklärt und hat der Durchführung der Genanalyse zugestimmt. Bei Minderjährigen erfolgt die Zustimmung durch den gesetzlichen Vormund.

Etikette des Patienten:



Name des gesetzlichen Vormundes in Blockbuchstaben

Geburtsdatum des gesetzlichen Vormundes: ____ . ____ . ____

080101_PO_02 Revers für Genanalyse

Unterschrift des zu Untersuchenden /des Vormundes

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes