


#### Institut für Transplantationsdiagnostik und Zelltherapeutika

( mit Knochenmarkspenderzentrale und Stammzellbank )

# **Auftrag zur immungenetischen Diagnostik von Thrombophilie-Markern**

###### Direktor

Dr. med. J. Fischer

Immungenetisches Labor

Dr. rer. nat J. Enczmann

Telefon 0211-81-18684/19533

FAX 0211-81-19109

 Annahmezeiten für Blutproben: Mo-Do von 8:00 – 14:30, Fr 8:00 – 13:30

(Nicht vom Auftraggeber auszufüllen)

**Labor-Nr:**

**Eingangsdatum:**

**Erfaßt von:**

**Patientendaten (Aufkleber):**

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

**Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Geschlecht(w/m):

Gewünschte Untersuchungen \* 10ml ACD-Blut (Anticoagulanz Citrat):

 **Faktor V Leiden HR2 Haplotyp A 4070 G**

 **Fibrinogen gamma C 10043 T**t

 **PAI-1 4G / 5G**

 **GPI-a C 807 T**

 **MTHFR C 677 T**

 **HPA-1 (PLAa) T 196 C**

 **HPA-2 (Ko, Sib) C 524 T**

 **HPA-3 (Bak, Lek) G 13962 T**

 **HPA-5 (Br) A 1648 G**

 **HPA-15 (Gov) A 2108 C**

\* Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG erforderlich

**Patienteninformation**

**Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnose (Patient):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indikation (Patient):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Befundempfänger (Stationsstempel):**

Telefon:

**Rechnungsempf./Krankenkasse/Kostenträger**:

**Bitte je Patient einen eigenen Auftragsschein nutzen.**

**Die Identität der entnommenen Blutprobe mit dem Inhalt des/der Probenröhrchen wird bestätigt.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Verantwortlicher Arzt Datum Unterschrift u. Stempel**

 (Druckbuchstaben)

**Hausanschrift: Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, Geb.14.80, 40225 Düsseldorf**