

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie

Liver-Center Düsseldorf
Zentrum für Infektiologie

<p><u>Patientendaten</u></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Adresse:</p>	<p><u>Einsender:</u></p> <p>Tel.:</p> <p>Fax.:</p> <p>Unterschrift</p>
---	--

Direktor der Klinik
Univ.-Prof. Dr. D. Häussinger
Tel.: (0211) 81-17569/16330
Fax: (0211) 81-18752

www.uniklinik-duesseldorf.de/
Gastroenterologie

Stationen:
ME02: Tel.: (0211) 81-17837
ME03: Tel.: (0211) 81-17839
MX01: Tel.: (0211) 81-17795

Sprechstunden:

Allgemeine gastroenterologische Ambulanz

Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mo.-Do. 10.00-16.00 Uhr

Gastroenterologisch-onkologische Therapieambulanz (IAC)

Tel.: (0211) 81-04166
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00 – 14.00 Uhr

Tumorsprechstunde

Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mi. 10.00 – 14.00 Uhr

TIPSS-Ambulanz

Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: Mi. 8.00 – 12.00 Uhr

Lebertransplantambulanz

Tel.: (0211) 81-17849
Sprechstunden: nach Vereinbarung

Stoffwechsel-Ambulanz

Tel.: (0211) 81-17847/17836
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00 – 12.00 Uhr

Hepatitisambulanz

Tel.: (0211) 81-16910
Sprechstunden: Mo.-Fr. 8.00-14.00 Uhr

Infektionsambulanz

Tel.: (0211) 81-16151
Sprechstunden: Mo.-Do. 8.00-14.00 Uhr

Tropenmedizinische Ambulanz

Tel.: (0211) 81-17031
Mo.-Do. 8.00-14.00 Uhr, Fr. 8.00-13.00 Uhr

Privatambulanz

Tel.: (0211) 81-17569/16330
Sprechstunden: nach Vereinbarung

Funktionsbereiche:

Endoskopie und interventionelle Hepatologie:

Tel.: (0211) 81-17833

Sonografie:

Tel.: (0211) 81-17819

Gastrofunktionslabor:

Tel.: (0211) 81-18948

Ernährungsberatung:

Tel.: (0211) 81-16118

Webseite des SFB 974

www.uni-duesseldorf.de/sfb974

Klinische Diagnose:

Symptomatik:

Familienanamnese:

Ethnische Herkunft:

Molekulare Diagnostik (Material: EDTA-Blut) – bitte ankreuzen

- BSEP-V444A Polymorphismus (rs2287622)
- Lactase-Gen (rs4988235)
- PNPLA3 (rs738409) – p.I148M
- ATP8B1 (FIC1)- Sequenzierung
- ABCB11 (BSEP)- Sequenzierung
- ABCB4 (MDR3)- Sequenzierung
- ABCC2 (MRP2)- Sequenzierung
- NGS-Chip
- TM6SF2 (rs58542926) – p.E167K
- MBOAT7 (rs641738)
- MPO (rs2333227) – c.463G>A
- ABCG8 (rs11887534) – p.D19H
- ΔF508 des ABCC7 (CFTR)
- Immunfluoreszenzuntersuchung hepatobiliärer Transporter (**Lebergewebe**)
- sonstige: _____

Adresse:

Klinik für Gastroenterologie,
Hepatologie und Infektiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Gebäude: 13.54 – 00.62
Nathalie Walter
MTA Cholestaselabor
Moorenstrasse 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/8118440
Fax.:0211/8104847

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des (gesetzlichen) Vertreters (gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung!) (bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blutentnahme. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden können. Die Ergebnisse der Untersuchungen können meinen behandelnden Ärzten mitgeteilt werden und müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überreigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw.
des (gesetzlichen) Vertreters

Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG
verantwortlichen ärztlichen Person

