

Patientendaten: (Etikett oder ausfüllen)		Zuweiserdaten:
AZ:		Stempel/Name von LKH/Abt:
Familienname:		
Vorname:		
SV-Nr:	Geb. datum:	Ärztin/Arzt:
Geschlecht: ☐ ♂ / ☐ ♀ / ☐ div.		Tel.:
Vers: ☐ amb / ☐ stat		Klasse: ☐ A / ☐ S
Wohnort (Anschrift):		

Diese Felder freilassen

Chemotherapie-Toxizität molekular

Materialdaten/Lokalisation:	Klinische Diagnose
☐ Peripheres Blut (3-6 ml EDTA) Lila Röhrchen verwenden!	
Datum der Probenentnahme:	Durchführende(r) Ärztin/Arzt:

Gewünschte Untersuchung: Molekulare Genvarianten hinsichtlich Chemotoxizität

☐ DPYD (5-FU-Toxizität)

Folgende Varianten werden untersucht:
c.1905+1G>A(Exon 14 Skipping)
c.1679T>G (p.I560S)
c..2846A>T (p.D949V)
c.1129-5923C>G (rs75017182; gekoppelt mit
c.1236G>A, rs56038477; Haplotyp B3)

Die Bearbeitung der Probe erfolgt im Bereich C, entsprechend wird das Ergebnis als Zytologie-Befund dargestellt

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Ich wurde von Frau/Herrn Dr. über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Untersuchung des oben angeforderten Gens zur Therapieplanung aufgeklärt und stimme der Untersuchung sowie der elektronischen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in Arztbriefen bzw. Krankengeschichten zu.

....., am
Ort Datum

.....
Unterschrift