



### HLA-ASSOZIIERTE KRANKHEITEN / ABKLÄRUNGEN

**Abnahme-Datum**  
| | | | | | | |

**Abnahme-Zeit**  
| | | | |

**Arzt-Suchernr.**  
| | | | | | | |

**Tel. Station**  
| | | | |

Nachbestellung von Auftragsformularen  
 10 Stück      50 Stück  
 20 Stück

Rechnung an:  
 Patient \_\_\_\_\_  
 Auftraggeber \_\_\_\_\_  
 Drittzahler \_\_\_\_\_

**externe Referenznummer**  
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Befundkopie an:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnostische Fragestellung und/oder gesuchtes HLA-Antigen**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Markierung**  
  
Richtig    
Falsch

**Spezifische Fragestellung**

HLA-B27                                      HLA-C-Typisierung  
 HLA-DQB1\*06:02 (Narkolepsie)      HLA A/B-Typisierung  
 HLA-DQ2/DQ8 (Zöliakie)                HLA-DR-Typisierung  
 HLA-C\*06 (Psoriasis)                    HLA-DQ-Typisierung  
 HLA-A\*31:01 Allel (Carbamazepin-Therapie)      HLA A/B/DR-Typisierung

**Blutentnahme:**             3 ml EDTA

**Einsendercode Auftraggeber**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einwilligung zur genetischen Untersuchung (Pflichtfelder!)**

Ich (PatientIn) bestätige, dass ich gemäss der in der „informierten Zustimmung zu genetischen Untersuchungen“ festgehaltenen Richtlinien genetisch beraten worden bin, und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist. Ich erkläre mich hiermit einverstanden Untersuchungen für krankheitsassoziierte HLA-Typen oder Medikamenten Unverträglichkeit durchführen zu lassen.

- Mein Untersuchungsgut kann für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden  
o Das Probenmaterial darf für Qualitätssicherungsmaßnahmen, zur Entwicklung und Evaluation neuer Tests mit gleicher spezifischer Fragestellung verwendet werden      Ja      Nein
- Mein Untersuchungsgut soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden      Ja      Nein

Unterschrift: (Eltern/rechtlicher Vertreter falls notwendig) \_\_\_\_\_ Ort und Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich (ÄrztIn) bestätige hiermit, dass ich den oben genannten Patienten über die genetische Untersuchung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) hinreichend aufgeklärt habe, und dass der Patient dieser Untersuchung zugestimmt hat.

Zuweisender Arzt: Name (vollständig + Stempel) \_\_\_\_\_ Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte jedes  
Röhrchen  
nach  
Blutentnahme  
5 mal  
sorgfältig  
kippen!

**Labornummer**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versand: Mit A-Post oder per Kurier**  
Nicht korrekt beschriftete Röhrchen können NICHT verarbeitet werden  
Formular in Blockschrift ausfüllen!  
www.uzl.ch (UZL Analysen-Auskunftssystem)  
Versand in Schutzhülsen