TYP UniversitätsSpital Zürich
Interdiszipinäres HLA-Typisierungslabor
HOER B 19 Zertifiziert durch EFI: CH-11-005.995
Rämistrasse 100, 8091 Zürich Tel: 044 255 36 98 Fax: 044 255 36 60

HLA-ASSOZIIERTE KRANKHEITEN / ABKLÄRUNGEN

externe Referenznummer

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

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

Abnahme-Datum

Abnahme-Zeit

Nachbestellung von Auftragsformularen
- ☐ 10 Stück
- ☐ 50 Stück
- ☐ 20 Stück

Arzt-Suchernr.

Tel. Station

Rechnung an:
- ☐ Patient
- ☐ Auftraggeber
- ☐ Drittzahler

☐ Befundkopie an:

Markierung

Richtig

Falsch

Diagnostische Fragestellung und/oder gesuchtes HLA-Antigen

Spezifische Fragestellung

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

Blutentnahme: 3 ml EDTA

Einsendercode Auftraggeber

Bitte jedes Röhrchen nach Blutentnahme 5 mal sorgfältig kippen!

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 notwenig) 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

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

 © UniversitätsSpital Zürich