

Eingang Datum/Zeit

Auftrags-Code: D13

Unters.-Nr.

## Auftrag für Hepatitis C IL28B Genotyp

### Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname(n) \_\_\_\_\_  
Geb.dat. \_\_\_\_\_ Ethnie: [ ] Europa [ ] Afrika [ ] \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Geschlecht [ ] m [ ] f

### Auftraggebender Arzt/Labor

(Praxisstempel)

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

### Berichtskopie an

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

### Hepatitis C Virus Genotyp

[ ] Typ 1a/1b [ ] Typ 2 [ ] Typ 3 [ ] Typ 4 [ ] Typ 5 [ ] Typ 6 [ ] noch ausstehend

### Indikation zur Untersuchung/Anamnese

[ ] Status vor Therapie [ ] unter Therapie [ ] Relapse [ ] anderes; Kommentar unten

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

### Rechnung an

[ ] Patient [ ] Praxis/Labor Achtung: Verrechnung an Krankenkasse nicht möglich

### Probenentnahme Transport Kosten

2 ml venöses EDTA-Blut (Hämatologieröhrchen) oder minimal 200 µl EDTA-Kapillarblut; bitte Co-Infektionen (HIV/Hepatitis B etc. vermerken)

Aufbewahrung bis Versand bei 4° C im Kühlschrank für mehrere Tage problemlos möglich

Versand A-Post: vorfrankierte Versandtüten sowie Schutzhüllen können unter 044 251 90 94 angefordert werden

Kosten/Tarif: 180 TP Pos. 3349.00 (zus. Auftragstaxe)

Weitere Auskünfte: Leitung Abteilung Molekulargenetik Tel. 044 251 90 94