



DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gemeinnützige GmbH
Institut für Transfusionsmedizin Cottbus
Thiemstraße 105 – **03050 Cottbus**
Tel.: 0355 4995-179 Fax: 0355 4995-242
Institutsleiterin: **OÄ Dr. Irene Sopivnik**

Auftragsnummer / Probenerfassung

Einsender
(Einrichtung/Stempel)

Rechnungsempfänger
(wenn nicht ident mit Einsender)

Für Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Geschlecht:

männlich

weiblich

Diagnose _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN

Cito-Untersuchungen nach Rücksprache möglich!

Nachweis genetischer Faktoren als mögliche Ursache bei Thrombophilien

(5 ml EDTA-Blut)

Faktor V Leiden Mutation

Transition 1691G>A im humanen Faktor V-Leiden Gen

Methode: PCR-SSP

Faktor II (Prothrombin) – Mutation

Transition 20210 G>A im humanen Faktor II Gen

Methode: PCR-SSP

Transition 19911 A>G im humanen Faktor II Gen

Methode: PCR-SSP

Mutation im Methylentetrahydrofolat-Reduktase (MTHFR)-Gen

Transition 677C>T im humanen MTHFR-Gen

Methode: PCR-SSP

Transition 1298 A>C im humanen MTHFR-Gen

Methode: PCR-SSP

Datum der Blutentnahme

Unterschrift des Abnehmenden

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.
Unterschrift und Stempel des Arztes