

Nachname _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Vers.Nr. _____
Adresse _____
Krankenkasse _____ Telefon _____

GeneView Herzinfarkttrisiko

Anforderung /Anamneseblatt / Einverständniserklärung

- 8 Single Nucleotide Polymorphisms, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, HbA1c
- Risikoberechnung
- 2 x EDTA-Röhrchen, 1 x Serumröhrchen mit Trenngel
- € 290

Systolischer Blutdruck:(mm/Hg) Diastolischer Blutdruck:.....(mm/Hg)

Behandlung mit Antihypertensiva: Ja Nein

Diabetes: Ja Nein

Raucher: Ja Nein

Die Patienteninformation *GeneView Herzinfarkttrisiko* wurde mir vor der Untersuchung im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs mit

meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin

einem Facharzt/einer Fachärztin für Labormedizin seitens Labors.at übergeben.

Ich stimme der Durchführung der Genanalyse zu.

Ich möchte den Befund per Post nach Hause geschickt bekommen.

Ich möchte den Befund persönlich abholen.

Der Befund soll auch an meinen Arzt/meine Ärztin geschickt werden.

Ich verzichte auf ein weiteres Beratungsgespräch durch Labors.at im Rahmen der Befundübergabe. Ich werde den Befund mit meinem behandelnden Arzt/meiner behandelnden Ärztin besprechen.

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Labors.at Facharzt/Fachärztin

Datum

Unterschrift