

An das Labor für Pädiatrische Hämatologie Otto-Meyerhof-Zentrum (OMZ), 2. OG Im Neuenheimer Feld 350, 69120 Heidelberg Tel.: 06221 - 56 4584 Fax.: 06221 - 56 4580	Einsender
---	-----------

Patientendaten (Aufkleber)

Material: 1-2 ml EDTA-Blut, Versand bei Raumtemperatur innerhalb von 4d
Bitte Blutröhrchen eindeutig beschriftet und bruchsicher verpacken. Der Auftrag kann nur bearbeitet werden, wenn eine gültige Einwilligungserklärung vorliegt.

Bitte legen Sie ein Blutbild des Patienten bei.

Entnahmedatum:

Untersuchungsauftrag (bitte Ankreuzen):

- 1 β -Globin-Genotypisierung (Sequenzierung, ggf. Deletionsnachweis)
- 2 α -Globin-Genotypisierung (Deletions-/Amplifikationsnachweis, Sequenzierung)
- 3 γ -Globin-Promotoranalyse
- 4 Nachweis der Polymorphismen BCL11A rs1427407, rs7606173
- 5 Nachweis des Polymorphismus HMIP rs9399137
- alle im Rahmen des Sichelzellregisters vorgesehenen Untersuchungen (1 - 5)
- andere Untersuchung nach telefonischer Rücksprache:

Die im Rahmen des Sichelzellregisters vorgesehenen Untersuchungen werden dem Einsender nicht in Rechnung gestellt.