

LABOR FÜR MOLEKULARE GENETIK (DNA LABOR)

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20, Tel.: 40400/5320, Fax: 40400/5321, Leitstelle 4i
DVR: 0000191

.....
Einsendende Anstalt

.....
Station

.....
Z.-Nr.

.....
Datum

.....
Name (Blockschrift)

.....
Vorname

.....
Geb.-Dat.

.....
Geschlecht

Klinische Diagnose:

Folgende Familienmitglieder des Patienten werden zur HLA-Typisierung
eingesandt.

Fragestellung: Histokompatibilität

Name	Vorname	Geb.- Dat.	Verwandt- schaftsgrad	Prot. Nr. (Bitte freilassen!)
			Mutter	
			Vater	

.....
Name und Unterschrift des einsendenden Arztes

Hier freilassen!

.....
(Für den) Leiter der Klin. Abt. f. Blutgruppenserologie
Name und Unterschrift

Vor Verwendung zu wissenschaftlicher Publikation ist Rücksprache mit dem Leiter der Abteilung erforderlich.