



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik  
**Hereditäre Amyloidose**

**Eilt** zwecks Therapieentscheidung

Patient(in):  ambulant  stationär

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Weiblich  Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse \_\_\_\_\_

Zusätzl. Berichtkopie an:

Telefon \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:** Ethnische Abst.: \_\_\_\_\_ Blutsverwandtschaft der Eltern  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Patient(in) ist  gesund  symptomatisch (bitte Symptome beschreiben):

**Rechnung an:**

- Klinik (stationär)
- Patient (ambulant/sonstiges)
- Krankenkasse (nur bei beigefügter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
- IV (nur bei beigefügter Kopie der Verfügung für die Genuntersuchung)
- Sonstiges:

Familienanamnese:

Erwachsene 5-10 ml, Versand des Vollblutes, ungekühlt, A Post

- EDTA-Vollblut \_\_\_\_\_ ml  Biopsiematerial aus \_\_\_\_\_
- sonstiges \_\_\_\_\_ **Entnahmedatum:**  \_\_\_\_\_

**! Analysebeginn**  **Sofort**  **Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns**

**Analysen:** (Einzelgenanalysen 6299.56, Panel 6299.60 (bei Polyneuropathie 6253.56, 6253.61), allfällige Zusatzpositionen 6001.03, 4700.00, 6008.09 und 6013.58)

- TTR-Mutationsanalyse** (Kosten bis 1045 CHF, ambulant Orphan-Antrag an Krankenkasse notwendig)
- APOA1-Mutationsanalyse** (Kosten als Zusatz zu TTR 645 CHF, als Einzelanalyse bis zu 830 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- FGA-Hotspot-Analyse (beschriebener Teilbereich Exon 5)** (Kosten bis 400 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- Sonstiges einzelnes Amyloidose-Gen: \_\_\_\_\_ (ambulant Orphan-Antrag)
- Amyloidose-Panel mit paralleler Mutationsanalyse der Gene APOA1, APOA2, B2M, FGA, GSN, LYZ, TTR**  
(Sequenzanalyse des kodierenden Bereichs auf amyloidogene Mutationen, Kosten 2900 bis 3300 CHF, ambulant Orphan-Antrag)
- Überprüfung einer bekannten familiären Mutation** im Gen \_\_\_\_\_ Mutation: \_\_\_\_\_

Indexpatient Name, Vorname, Geb.: \_\_\_\_\_

- Falls Indexpatient nicht bei uns analysiert, bitte Befundkopie beifügen; Kosten für Überprüfung einer fam. Mutation 300-550 CHF

**Bestätigung des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters:**

Ich stimme der genetischen Testung bezüglich der oben genannten Indikation sowie falls nicht anders vermerkt, der Aufbewahrung meiner Untersuchungsprobe zur Qualitätskontrolle und für allfällige künftig von mir gewünschte Analysen zu. Ich bestätige, dass ich diesbezüglich eine adäquate Beratung erhalten habe und genügend Zeit hatte, Fragen zu stellen und meinen Entschluss zu fassen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei unklarer Kostenübernahme durch die Versicherer oder Klinik für die Übernahme der Kosten verantwortlich bin.

Falls Sie zum medizinischen Erkenntnisgewinn und künftigen Fortschritt beitragen möchten, können Sie uns die Verwendung der anonymisierten Analyseergebnisse mit klinischer Symptomatik für wissenschaftl. Publikationen erlauben: Ich stimme zu  **Ja**  **Nein**

Ort \_\_\_\_\_  Datum \_\_\_\_\_  Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter) \_\_\_\_\_ Name in Blockschrift \_\_\_\_\_

**Bestätigung des verordnenden Arztes:**

Ich bestätige, dem o. g. Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und seine Zustimmung erhalten zu haben.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (verordnender Arzt) \_\_\_\_\_ Name in Blockschrift \_\_\_\_\_

