



Auftragsformular für Genetische Diagnostik
Gezielte Analyse einer (familiären) Mutation

Patient(in): ambulant stationär

Eilt zwecks Therapieentscheidung

Auftraggeber:
(Druckbuchstaben & HIN-Email)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Zusätzl. Berichtkopie an:

Adresse _____

Klinische Angaben: Ethnische Abst.: _____ Blutsverwandtschaft der Eltern: Nein Ja _____

Patient(in) ist präsymptomatisch diagnostisch (bitte Symptome beschreiben):

Familienanamnese:

Rechnung an:

- Klinik - Patient(in) stationär
- Patient(in) (ambulant)
- nur mit beigefügter Kostengutsprache* an Krankenkasse / IV
- * bei fehlender Kostengutsprache Rechnung direkt an Patient(in)
- Sonstiges _____

Säuglinge je 1-2 ml, jüngere Kinder 2-3 ml, ältere Kinder und Erwachsene 5-10 ml, Versand des Vollblutes, ungekühlt, A Post

EDTA-Vollblut _____ ml Heparin-Vollblut _____ ml für Chromosomen PAXgene RNAtube 2.5 ml

Biopsiematerial aus _____ sonstiges _____ Entnahmedatum: x _____

! Analysebeginn Sofort Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns Nach erneuter Anmeldung

Chromosomen-Analyse (frisches Heparin-Vollblut / Fibroblasten; Positionen 6002.04, 6101.30, 6104.31, 6105.34, 6106.34, 6007.09; in der Regel CHF 675-1'350)

und / oder FISH-Analyse bezüglich _____

Molekulare Analyse (EDTA-Vollblut/Fibroblasten/DNA; Positionen und Kosten je nach Analyse (meist ca. 270-495 CHF))

Gen/Region: _____ **Mutation:** _____

Indexpatient Name, Vorname, Geb.: _____

Falls Indexpatient nicht bei uns analysiert, bitte Befundkopie beifügen

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 künftige 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 wurde ferner darauf hingewiesen, dass ich für die Begleichung der Rechnung verantwortlich bin, unabhängig von meiner Krankenkasse → siehe oben.

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;

X _____ X _____ X _____
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

4.1.0 | FAM_Fam_Mutation_GD_CD_MD_Auftragsformular_2025_03_01

