



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom

Patient(in):

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse _____

Telefon _____

Zusätzl. Berichtkopie an:

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

Die Analyse erfolgt präsymptomatisch diagnostisch (bei aktueller oder früherer Tumorerkrankung), bitte beschreiben:

Tumorpathologie (z.B. MSI, Immunhistochemie, Karyotyp,...):

Familienanamnese:

Rechnung an:

- Patient (ambulant od. privat)
- Klinik (stationär, sonstiges)
- Krankenkasse (nur bei zugestellter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
- Sonstiges:

1x EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post DNA aus _____ Entnahmedatum: x _____

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

Genpanel-Analyse Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom (gewünschte Analyse ankreuzen od. Gene einkreisen):
(Kosten 2900 CHF Grundpreis (AL-Pos. 6241.60); allfällige Mehrkosten abhängig von Resultat bis ca. 1000 CHF durch Zusatzpositionen 6241.55, 6241.56, 6001.03, 6009.09)

Mammakarzinompanel (Risiko >15% nach NCCN, 2.2021): BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, NF1, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53

Ovarialkarzinompanel: BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D, STK11, plus PMS2 und EPCAM (beide mit limitierter Evidenz für ein erhöhtes Risiko nach NCCN 2.2021)

Brustkrebsgene gemäss SAKK-Empfehlung (2018): BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53

Nur **BRCA1 und BRCA2**

molekulargenetische Diagnostik folgender Gene: _____

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 ambulanten Analysen und unklarer Kostenübernahme durch die Versicherer 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 _____ X Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter)

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 _____ X Unterschrift (verordnender Arzt)

