



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Gezielte Analyse einer (familiären) Mutation

Eilt zwecks Therapieentscheidung

Patient(in): ambulant stationär

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

Name, Vorname

Geburtsdatum

Weiblich Männlich

[alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse

Zusätzl. Berichtkopie an:

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

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

Familienanamnese:

Rechnung an:

- Klinik (stationär, sonstiges)
- Patient (ambulant, sonstiges)
- Krankenkasse (nur bei zugestellter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
- IV (nur bei beigefügter Kopie der Verfügung für die Genuntersuchung)
- 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 750-1'500)

und / oder FISH-Analyse bezüglich _____

Molekulare Analyse (EDTA-Vollblut/Fibroblasten/DNA; Positionen und Kosten je nach Analyse (meist ca. 300-550 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 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**.

X

Ort

X

Datum

X

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