



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

**Hereditäres Mamma-/Ovarialkarzinom**

Patient(in):

Auftraggeber:

Name in Druckbuchstaben und HIN E-Mail

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Weiblich  Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**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:**

- Klinik - Patient(in) stationär
- Patient(in) (ambulant)
- nur mit beigefügter Kostengutsprache\* an Krankenkasse / IV
- \* bei fehlender Kostengutsprache Rechnung direkt an Patient(in)
- 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 oder Gene einkreisen):

Kosten 2610 CHF Grundpreis (AL-Pos. 6241.60); allfällige Mehrkosten abhängig von Resultat bis ca. 900 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 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

10.1.0 | Her\_Mamma\_Ovarialkarzinom\_MD\_Auftragsformular\_2025\_03\_01

