



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Hereditäre Amyloidose

Eilt zwecks Therapieentscheidung

Patient(in): ambulant stationär

Auftraggeber

(Name in Druckbuchstaben und HIN-Email)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Weiblich Männlich

[alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse

Telefon

Zusätzl. Berichtkopie an:

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

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

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

Familienanamnese:

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

EDTA-Vollblut _____ ml

Biopsiematerial aus _____

sonstiges _____

Entnahmedatum: X _____

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

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

TTR-Mutationsanalyse (Kosten bis ca. 940 CHF, ambulant Orphan-Antrag an Krankenkasse notwendig)

APOA1-Mutationsanalyse (Kosten als Zusatz zu TTR 580 CHF, als Einzelanalyse bis zu ca. 750 CHF, ambulant Orphan-Antrag)

FGA-Hotspot-Analyse (beschriebener Teilbereich Exon 5) (Kosten bis 360 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 ca. 2700 bis 3000 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 270-495 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 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

