



Auftragsformular für Genetische Diagnostik
Alzheimer-Demenz

Eilt zwecks Therapieentscheidung

Patient(in): ambulant stationär

Auftraggeber

Name in Druckbuchstaben und HIN E-Mail

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse _____

Telefon _____

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

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:

Frühmanifestierende Familiäre Alzheimer-Demenz (Early-onset familial Alzheimer disease (EOFAD)): Parallele Sequenzanalyse der Gene *PSEN1*, *APP* & *PSEN2* sowie ggfs. MLPA-Analyse (ambulant Orphanantrag notwendig, Position 6264.60 und ggfs. 6264.55, allfällige Zusatzpos. 6001.03, 4700.00, 6009.09 und 6013.58; Gesamtkosten von ca. 2700 CHF bis ca. 3600 CHF).

Alzheimer-Risikofaktor APOE4-Allel: Analyse des *APOE*-Allelstatus durch Genotypisierung der Polymorphismen rs429358 und rs7412: (ambulant; Kosten mit obiger Analyse inklusive (über 6264.60); als Einzelanalyse ca. 550 CHF, Positionen 6264.56 und 6008.09, allfällige Zusatzpositionen 6001.03, 4700.00).

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

14.1.0 | Alzheimer_Demenz_GD_Auftragsformular_2025_03_01

