



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Alzheimer-Demenz

Eilt zwecks Therapieentscheidung

Patient(in): ambulant stationär

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

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 gesund symptomatisch (bitte Symptome beschreiben):

Rechnung an:

- Klinik (stationär)
 Patient (ambulant/sonstiges)
 Krankenkasse (nur bei beigefügter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
 IV (nur bei beigefügter Kopie der Verfügung für die Genuntersuchung)
 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

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, 6008.09, 6009.09 und 6013.58; Gesamtkosten von 2900 CHF bis 3650 CHF).

Alzheimer-Risikofaktor APOE4-Allel:

Analyse des *APOE*-Allelstatus durch Genotypisierung der Polymorphismen rs429358 und rs7412 (ambulant Orphanantrag notwendig; Kosten mit obiger Analyse 0 bis 215 CHF; als Einzelanalyse 215 bis 400 CHF, Position 6264.56, allfällige Zusatzpositionen 6001.03, 4700.00, 6008.09).

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 _____ 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 _____

