



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Familiäre cholestatische Lebererkrankungen

Patient(in):

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

Name, Vorname Geburtsdatum

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse

Zusätzl. Berichtkopie an:

Telefon

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

Patient ist gesund symptomatisch (bitte Symptome und Laborwerte auf beigefügtem Datenerfassungsblatt angeben)

Familienanamnese:

Rechnung an:

- Material zunächst nur asservieren bis Kostenübernahme geklärt
- Patient (ambulant od. privat)
- Krankenkasse (nur bei beigefügter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
- Klinik/Spital (stationär)

hohe Dringlichkeit wegen eiliger Therapieentscheidung

EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post

DNA aus _____

Sonstiges: _____

Entnahmedatum: **x** _____

Gewünschte Analyse(n): (Kosten für 1 bis 6 Gene insges. ca. 3000-4000 CHF (AL-Positionen 6001.03, 6299.60, je nach Befund zusätzlich 6299.56, 6299.55, 6009.09; sowie konsiliarische Mitbeurteilung durch die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie)

ABCB11 (BSEP)-Sequenzanalyse

ABCC2 (MRP2)-Sequenzanalyse

ATP8B1 (FIC1)-Sequenzanalyse

SLCO1B1 (OATP1B1)-Sequenzanalyse

ABCB4 (MDR3)-Sequenzanalyse & MLPA

SLCO1B3 (OATP1B3)-Sequenzanalyse

Sonstige Gene: _____

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 300-550 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 habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei ambulanten Analysen und unklarer Kostenübernahme durch die Versicherer für die Übernahme der Kosten verantwortlich bin. Ferner stimme ich der Übermittlung des Befundes an die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie zur konsiliarischen Mitbeurteilung zu.

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**

Ort

Datum

Unterschrift (Patient/gesetzl. Vertreter)

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)