



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

Familiäre Cholestatische Lebererkrankungen

**Eilt** zwecks Therapieentscheidung

Patient(in):

Auftraggeber:

Name in Druckbuchstaben und HIN E-Mail

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Weiblich  Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse \_\_\_\_\_

Zusätzl. Berichtkopie an: (HIN E-Mail)

Telefon \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:** Ethnische Abst.: \_\_\_\_\_ Blutsverwandschaft der Eltern  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Patient ist  präsymptomatisch  diagnostisch (bitte Symptome beschreiben):

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 \_\_\_\_\_

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

EDTA-Vollblut \_\_\_\_\_ ml  Biopsiematerial aus \_\_\_\_\_  sonstiges \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: **x** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Analyse(n):** (Kosten für 1 bis 10 Gene insges. ca. 2700-3600 CHF (AL-Positionen 6001.03, 6299.60, je nach Befund zusätzlich 6299.56, 6299.55, 6009.09 und 6013.58, zzgl. auf Wunsch konsiliarische Mitbeurteilung durch die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie; 300-400 CHF)

- ABCB11 (BSEP)-Sequenzanalyse**
- ATP8B1 (FIC1)-Sequenzanalyse**
- ABCB4 (MDR3)-Sequenzanalyse & MLPA**
- Sonstige Gene:** \_\_\_\_\_
- Überprüfung einer bekannten familiären Mutation** im Gen \_\_\_\_\_ Mutation: \_\_\_\_\_

- ABCC2 (MRP2)-Sequenzanalyse**
- SLCO1B1 (OATP1B1)-Sequenzanalyse**
- SLCO1B3 (OATP1B3)-Sequenzanalyse**

Indexpatient Name, Vorname, Geb.: \_\_\_\_\_

- Falls Indexpatient nicht bei uns analysiert, bitte Befundkopie beifügen; Kosten für Überprüfung einer fam. Mutation 270-495 CHF
- Übermittlung des Befundes an die Klinik für Klin. Pharma- und Toxikologie, zur konsularischen Mitbeurteilung (Prof. Dr. med. A. Jetter)

**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

15.1.0 | FCL\_Familiäre\_Cholestatische\_Lebererkrankungen\_Auftragsformular\_GD\_2025\_03\_01