



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik  
**MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)**

**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 beschreiben):

Familienanamnese:

**Rechnung an:**

- Patient (ambulant od. privat)  
 Kostengutsprache vor Analyse  
beginnen abwarten (ambulant)  
 Krankenkasse (nur bei beigefügter  
Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)  
 Klinik (stationär)

EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post  DNA aus \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_ **Entnahmedatum:** x \_\_\_\_\_

**Material zunächst nur asservieren**  **sofortiger Analysebeginn**

**Genpanel-Analyse bezüglich *Maturity Onset Diabetes of the Young (MODY) Typ 1-7, 9-11:***

Gene: HNF4A, GCK, HNF1A, IPF1/PDX1, HNF1B, NEUROD1, KLF11, PAX4, INS, BLK

Kosten insgesamt gemäss Analysenliste 550 CHF bis ca. 4400 CHF (je nach Ergebnis der Grundanalyse)

Kostenübernahme durch die Krankenkasse nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes/ärztin („Orphan-Regelung“) (AL-Positionen 6001.03, 6299.60, 6299.55, 6299.56, 6009.09)

**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.

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

X  
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

X  
Unterschrift (verordnender Arzt)