



Auftragsformular für Genetische Diagnostik

MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)

Patient(in):

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 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 _____

EDTA-Vollblut 5-10 ml, A-Post DNA aus _____ Sonstiges: _____ Entnahmedatum: x _____

! Analysebeginn Sofort Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns Nach erneuter Anmeldung

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 495 CHF bis ca. 3960 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 270-495 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 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.

_____ Datum Unterschrift (verordnender Arzt) Name in Blockschrift

16.1.0 | MODY_MD_Auftragsformular_2025_03_01

