



Auftragsformular für Genetische Diagnostik
Postnatale Chromosomen-/Gen-Diagnostik

Patient(in): ambulant stationär

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich *alternativ Patientenetikette aufkleben!*

Adresse _____

Telefon _____

- Eilt Schwangerschaft _____ SSW
 Eilt zwecks Therapieentscheidung

Auftraggeber:

Name in Druckbuchstaben & HIN E-Mail

Verordn. >10 Gene *nur* durch FMH Med. Genet.

Zusätzl. Berichtkopie an: **(HIN E-Mail)**

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

Die Analyse erfolgt: 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 _____

Säuglinge je 1-2 ml, jüngere Kinder 2-3 ml, ältere Kinder und Erwachsene 5-10 ml, Versand des Vollblutes, ungekühlt, A Post

- EDTA-Vollblut _____ ml Heparin-Vollblut _____ ml für Chromosomen PAXgene RNAtube 2.5 ml
 Biopsiematerial aus _____ sonstiges _____ **Entnahmedatum:** _____

Analysebeginn: Sofort Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns Zunächst nur asservieren (für Biopsie-
material Asservierungskosten 296.10 - 351 CHF)

Chromosomen-Analyse (bei V. a. Turner / Klinefelter / Trisomie 21 / Trisomie 13 / Trisomie 18 incl. FISH-Schnelltest)
(frisches Heparin-Vollblut / Fibroblasten; Positionen 6002.04, 6101.30, 6104.31, 6105.34, 6106.34, 6007.09; in der Regel 675-1350 CHF)

Mikroarray-Analyse für Mikrodeletionen / -Duplikationen (EDTA-Vollblut/Fibroblasten/DNA; Grundpreis Position 6107.35; 1'620
CHF; allenfalls zusätzl. Position 6108.35; 1'350 CHF für notwendige Elternuntersuchung bei unklaren Befunden)

Gen-(Panel-) Diagnostik / Molekulargenetik für (Krankheit oder spez. Gene angeben) (EDTA-Vollblut/Fibroblasten/DNA):
_____ allenfalls Anhang mit Details beigefügt

Überprüfung einer familiären Mutation Gen/Region: _____ Mutation: _____

Indexpatient Name, Vorname, Geb.: _____

Falls Indexpatient nicht bei uns analysiert, bitte Befundkopie beifügen; Kosten für Überprüfung einer fam. Mutation meist ca. 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 anonymi-
sierten Analyseergebnisse mit klinischer Symptomatik für wissenschaftl. Publikationen erlauben: Ich stimme zu Ja Nein;

Über allfällige Zufallsbefunde in den analysierten Bereichen möchte ich informiert werden Ja Nein Ja, wenn Vorsorge /Therapie-
option Ja wenn Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten.

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

2.1.0 | Postnatale_Allgemein_CD_GD_MD_Auftragsformular_2025_03_01

