



Anmeldeformular für Genetische Diagnostik
Postnatale Chromosomen-/Gen- Diagnostik

- Eilt** Schwangerschaft _____ SSW
 Eilt zwecks Therapieentscheidung

Patient(in): ambulant stationär

Auftraggeber (Druckbuchstaben):

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

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich [alternativ Patientenetikette aufkleben]

Adresse _____

Telefon _____

Zusätzl. Berichtkopie an:

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

Patient(in) ist gesund symptomatisch (bitte Symptome beschreiben):

Rechnung an:

- Klinik (stationär)
 Patient (ambulant/sonstiges)
 Krankenkasse (nur bei beigefügter Kopie der Kostengutsprache; nicht alle KK)
 IV (nur bei beigefügter Kopie der Verfügung für die Genuntersuchung)
 Sonstiges:

Familienanamnese:

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: x _____

! Analysebeginn: Sofort Nach Zustellung der Kostengutsprache an uns

Zunächst nur asservieren (für Biopsiematerial Asservierungskosten 329-390 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 750-1'500 CHF)

Mikroarray-Analyse für Mikrodeletionen / -Duplikationen (EDTA-Vollblut/Fibroblasten/DNA; Grundpreis Position 6107.35; 1'800 CHF; allenfalls zusätzl. Position 6108.35; 1'500 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 ca. 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 unklarer Kostenübernahme durch die Versicherer oder Klinik 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;

Über allfällige Zufallsbefunde in den analysierten Bereichen möchte ich informiert werden Ja Nein Ja, wenn Vorsorge/Therapieoption 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

