

1

genetica

Humangenetisches Labor & genetische Beratungsstelle

Genetica AG  
Weinbergstrasse 9 · 8001 Zürich  
T 044 251 90 94 · F 044 261 62 97  
info@genetica-ag.ch

TUMORERKRANKUNGEN

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:		
Datum	Zeit	Visum

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Befundkopie an:

Befund per E-Mail an Arzt:  
(Falls keine HIN-E-Mail-Adresse, Mobilnummer für SMS-Code zwingend erforderlich)

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Angaben zur Probe:

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_  
 EDTA Blut     DNA, extrahiert aus: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges Material: \_\_\_\_\_

Rechnung an:

Kasse / Patient  
 Selbstzahler  
 Einsender

Diagnose / Klinische Angaben / Familienanamnese

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Einverständniserklärung des / der Patienten / in:

Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Tests durchführen zu lassen.

- Test sofort durchführen. Ich erkläre mich bereit, die Kosten selbst zu tragen, sollte eine Kostengutsprache durch die Versicherung abgelehnt werden oder nicht möglich sein.
- Test nur dann durchführen, wenn eine Kostengutsprache der Versicherung vorliegt.
- In bin einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial bzw. Teile davon im Bedarfsfall an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.
- Meine Proben / Resultate dürfen zu Forschungszwecken anonymisiert weiterverwendet werden.

Mitteilung von Zusatzbefunden:

Sollte / n die Analyse / n Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte Sekundärbefunde), wünsche ich wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

- Veranlagung für Erkrankung, für die Vorsorge und / oder Behandlung bekannt ist: Ja  Nein
- Veranlagung für Erkrankung, für die es zur Zeit keine Behandlung gibt: Ja  Nein
- Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen auftreten könnten: Ja  Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / In: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift einsendender Arzt: \_\_\_\_\_

Patient/ in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nur ausfüllen, wenn das Formular auf 2 Seiten ausgedruckt wird.

## TUMORERKRANKUNGEN

- BRCA Standard** | 2 Gene  
BRCA1, BRCA2
- BRCA PLUS Mamma** | ~ 9 Gene  
ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53
- BRCA PLUS Ovar** | ~ 9 Gene  
BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, RAD51C, RAD51D
- BRCA PLUS HBOC** | ~ 19 Gene  
BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53
- Häufigste Ashkenazi-Mutationen** | 3 Mutationen  
BRCA1:c.68\_69delAG; BRCA1:c.5266dupC; BRCA2:c.5946delT
- Genetica CancerRisk** | ~ 43 Gene  
ATM, APC, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDK4, CDKN2A, CHEK2, EPCAM, FAM175A, GREM1, HOXB13, MEN1, MITF, MLH1, MRE11A, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, PALB2, PIK3CA, PMS1, PMS2, PMS2CL, POLD1, POLE, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, SMAD4, STK11, TERT, TERT (Promotor), TP53, VHL, XRCC2
- Darmkrebs (Lynch-Syndrom und Familiäre Adenomatöse Polyposis)** | ~ 16 Gene  
APC, BMPR1A, CHEK2, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, POLD1, POLE, PTEN, PMS2, SMAD4, STK11, TP53
- Magenkarzinom** | ~ 10 Gene  
APC, CDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PRKAR1A, PMS2, TP53
- Familiäres Melanom** | ~ 6 Gene  
BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MITF, TERT (Promotor)
- Phäochromozytom-Paragangliom-Syndrom (Multiple Endokrine Neoplasie - MEN)** | ~ 10 Gene  
MAX, MEN1, NF1, PRKAR1A, RET, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL
- Phakomatosen (inkl. Neurofibromatosen)** | ~ 7 Gene  
ATM, NF1, NF2, STK11, TSC1, TSC2, VHL
- Tuberöse Sklerose** | ~ 2 Gene  
TSC1, TSC2
- Gorlin-Goltz-Syndrom** | 3 Gene  
PTCH1, PTCH2, SUFU
- Nierenkarzinom** | ~ 21 Gene  
CHEK2, EPCAM, FH, FLCN, GPC3, HRPT2, MET, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, PTEN, SDHB, SDHC, SDHD, SMARCB1, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1

## BEKANNTE FAMILIÄRE MUTATION

*Bitte Berichtskopie beilegen*

Gennamen: \_\_\_\_\_

Mutationsbeschreibung: \_\_\_\_\_

Bei Verordnung dieser Analysen sollte eine Kostengutsprache der Krankenversicherung vorliegen oder beantragt werden. Gen-Panels mit mehr als 10 Genen (rot markiert) dürfen gemäss den regulatorischen Bestimmungen (Analyseliste, KLV Art. 12) nur durch Ärzte mit einem Facharzttitel (FMH) Medizinische Genetik veranlasst werden. Unsere eigene genetische Beratungsstelle unterstützt Sie gerne dabei und übernimmt auch jederzeit die genetische Beratung.

Auskünfte und Anmeldungen telefonisch unter: 044 250 50 30 · Weitere Analysen finden Sie hier: [www.genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik](http://www.genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik)