

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: _____ Heparin Blut 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.

FORTPFLANZUNGSMEDIZIN / KINDERWUNSCH

Unfruchtbarkeit

- Habituelle Aborte** | Konventionelle Karyotypisierung
(Zwingend Heparin-Blut)
- Klinefelter Syndrom** | Konventionelle Karyotypisierung
(Zwingend Heparin-Blut)
- Azoospermie / Yq-Mikrodeletion** | AZFa-c
- Congenitale Aplasie Vas deferens (CAVD)** | ~ 1 Gen
CFTR
- FMR1-assoziierte prämatüre Ovarialinsuffizienz** | ~ 1 Gen
FMR1 (Repeat)
- Adrenogenitales Syndrom (AGS)** | ~ 4 Gene
CYP17A1, CYP21A2, H3D3B2, STAR
- Prämatüre Ovarialinsuffizienz (inkl. BPE-Syndrom)** | ~ 18 Gene
BMP15, CBX2, DHH, DIAPH2, ERCC6, FANCM, FIGLA, FLJ22792, FOXL2, GDF9, HFM1, MCM8, MSH5, NOBOX, NROB1, NR5A1, STAG3, SYCE1
- Hypergonadotroper Hypogonadismus** | ~ 38 Gene
AKR1C2, AKR1C4, ALMS1, AMACR, BMPR1B, CBX2, CLPP, CTDPI, CYB5A, CYP17A1, CYP19A1, DCAF17, DHH, DMRT3, FANCA, FANCC, FANCD2, FANCE, GALT, GATA4, GNAS, LHCGR, LMNA, MAP3K1, MGMT1, NR5A1, PMM2, POLG, RIN2, SAMD9, SCP2, SIL1, SLC29A3, SOX9, SRY, TWNK, WT1, ZBTB20, ZFPM2
- Hypogonadotroper Hypogonadismus und Kallmann-Syndrom** | ~ 90 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik

Trägerschaft Abklärung im Rahmen der Familienplanung

- Trägerschaft für Zystische Fibrose** | ~ 1 Gen
CFTR
- Trägerschaft für Spinale Muskelatrophie (SMA)** | ~ 1 Gen
SMN1
- Trägerschaft für fragiles X-Syndrom** | ~ 1 Gen
FMR1
- Heterozygoten-Screening** | ~ 507 Gene
(schwere rezessive Erkrankungen)
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik

PRÄNATALDIAGNOSTIK

- Konventionelle Pränataldiagnostik (vgl. PRAE-Auftragsformular)**
- Erweiterte fetale Exom-Abklärung bei sonografischen Auffälligkeiten nach unauffälliger Pränataldiagnostik (Genetische Beratung nötig)**

BEKANNTE FAMILIÄRE MUTATION

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: _____

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 (Analysenliste, 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