

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:

Datum Zeit Visum

Name Geburtsdatum

Vorname Geschlecht:

 W M

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: _____

Rechnung an: Kasse/Patient Selbstzahler Einsender Andere: _____

Ohne Vermerk des Rechnungsempfängers, wird elektronisch mit der Krankenkasse des Patienten abgerechnet.

Angaben zur Probe:Abnahmedatum: EDTA Blut DNA, extrahiert aus: _____ Sonstiges Material: _____**Angaben zum Patienten:** Empfänger einer Knochenmarktransplantation Typ: Autolog Allogen Empfänger einer Bluttransfusion: Vollblut Erythrozytenkonzentrat

Datum: _____

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.
- Eine Kostengutsprache wurde beantragt, liegt aber noch nicht vor – wird nachgereicht.
- Test nur dann durchführen, wenn eine Kostengutsprache der Versicherung vorliegt.
- Ich 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.

NIERENERKRANKUNGEN

- Polyzystische Nieren (inkl. PKD1 und PKD2)** | ~ 31 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Alport-Syn-drome** | ~ 4 Gene
COL4A3, COL4A4, COL4A5, MYH9
- Nephrokalzinose und Nephrolithiasis (Cystinurie, primäre Hyperoxalurie, Dent-Syndrom)** | ~ 27 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Nephrotisches Syndrom** | ~ 36 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Nephronophthi-se** | ~ 22 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Renale Tubulopathi-e** | ~ 36 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Renale tubuläre Dysgenesi-e** | ~ 4 Gene
ACE, AGT, AGTR1, REN
- Proximale Tubulopathi-e** | ~ 15 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Hyperkaliämie (Pseudohypoaldosteronismus I und II)** | ~ 7 Gene
CUL3, KLHL3, SCNN1A, SCNN1B, SCNN1G, WNK1, WNK4
- Hypokaliämie (Gitelman und Bartter Syndrom)** | ~ 9 Gene
BSND, CASR, CLCNKA, CLCNKB, KCNJ1, KCNJ10, MAGED2, SLC12A1, SLC12A3
- Hypophosphatämie (Vitamine-D-resistente Spät-rachitis, hypophosphatämische familiäre Rachitis und renales Fanconi-Syndrom)** | ~ 18 Gene
CLCN5, CYP27B1, CYP2R1, CYP3A4, DMP1, EHHADH, ENPP1, FAH, FAM20C, FGF23, FGFR1, HNF4A, KL, PHEX, SLC2A2, SLC34A1, SLC34A3, SLC9A3R1, VDR
- Familiär hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)** | ~ 9 Gene
CFB, CFH, CFHR1, CFHR3, CFI, C3, DGKE, MCP, THBD
- Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege (CAKUT)** | ~ 70 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik

ENDOKRINOLOGIE

- MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)** | ~ 12 Gene
ABCC8, BLK, CEL, GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, INS, KLF11, NEUROD1, PAX4, PDX1
- Hypogonadotroper Hypogonadismus (inkl. Kallmann-Syndrom)** | ~ 90 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik

BEKANNTE FAMILIÄRE MUTATION

Bitte Befundkopie 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 Facharzt-titel (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