

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:
 Datum | Zeit | Visum

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> 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.

HERZ- / BINDEGEWEBSEKRANKUNGEN

Kardiomyopathie

- Morbus Fabry** | ~ 1 Gen
GLA
- Amyloidose** | ~ 1 Gen
TTR
- Kardiomyopathien, hypertrophe** | ~ 73 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Kardiomyopathien, dilatative** | ~ 48 Gene
ABCC9, ACTC1, ACTN2, ANKRD1, BAG3, CAV3, CSRP3, DES, DMD, DSC2, DSG2, DSP, EPG5, EYA4, FKTN, HAMP, HFE, HFE2, IDH2, JUP, LAMP2, LDB3, LMNA, MYBPC3, MYH6, MYH7, NEXN, PLN, PPP1R13L, RAB3GAP2, RAF1, RBM20, RYR2, SCN5A, SGCD, SLC22A5, SLC40A1, TAZ, TCAP, TFR2, TGFB3, TMEM43, TNNC1, TNNT1, TNNT2, TPM1, TTN, TTR, VCL
- Kardiomyopathie gesamtes Panel (hypertrophisch und dilatativ)** | ~ 130 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik
- Non-Compaction-Kardiomyopathien** | ~ 104 Gene
Genliste siehe: genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik

Arrhythmogene Erkrankungen

- Brugada-Syndrom** | ~ 26 Gene
ABCC9, ANK2, CACNA1C, CACNA2D1, CACNB2, CAV3, DLG1, FGF12, GPD1L, HCN4, KCND2, KCND3, KCNE3, KCNE5, KCNH2, KCNJ8, PKP2, RANGRF, SCN10A, SCN1B, SCN2B, SCN3B, SCN5A, SEMA3A, SLMAP, TRPM4
- Long-QT-Syndrom (LQT)** | ~ 20 Gene
AKAP9, ALG10, ANK2, CACNA1C, CALM1, CALM2, CALM3, CAV3, KCNE1, KCNE2, KCNE3, KCNH2, KCNJ2, KCNJ5, KCNQ1, NOS1AP, RYR2, SCN4B, SCN5A, SNTA1
- Wolff-Parkinson-White-Syndrom** | ~ 1 Gen
PRKAG2
- Arrhythmogene rechtsventrikuläre Dysplasie (ARVD)** | ~ 18 Gene
CAVIN4, CTNNA3, DES, DSC2, DSG2, DSP, FLNC, JUP, LDB3, LMNA, PKP2, PLN, RBM20, RYR2, SCN5A, TGFB3, TMEM43, TTN
- Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)** | ~ 10 Gene
ANK2, CALM1, CALM2, CALM3, CASQ2, KCNE1, KCNJ2, RYR2, TECRL, TRDN

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Familiäre Hypercholesterolämie** | ~ 8 Gene
ABCG5, ABCG8, APOB, APOE, LDLR, LDLRAP1, LIPA, PCSK9

Bindegewebserkrankungen / Aorten- und Gefässerkrankungen

- Marfan-Syndrom, Loays-Dietz-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom und DD (Aorten-Krankheiten)** | ~ 67 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 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