

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: \_\_\_\_\_ Heparin Blut 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.

## FORTPFLANZUNGSMEDIZIN / KINDERWUNSCH

### Unfruchtbarkeit

- Karyotypisierung (konventionell) – zwingend Heparin-Blut**  
Unerfüllter Kinderwunsch, habituelle Aborte, IVF-Versagen
- FISH, Suche nach chromosomalen Mosaiken – zwingend Heparin-Blut**  
(z.B.: Turner-, Klinefelter-Syndrom, etc.)
- Azoospermie / Yq-Mikrodeletion** | AZFa-c
- Congenitale Aplasie Vas deferens (CAVD)** | ~ 1 Gen  
CFTR
- FMR1-assoziierte prämatüre Ovarialinsuffizienz** | ~ 1 Gen  
FMR1 (Repeat)
- Adrenogenitales Syndrom (21-Hydroxylase Mangel)** | ~ 1 Gen  
CYP21A2 (häufigstes Gen)
- Adrenogenitales Syndrom (AGS)** | ~ 4 Gene  
CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, 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, MGME1, 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](http://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](http://genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik)

## PRÄNATALDIAGNOSTIK

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

## UNTERSUCHUNG AM ABORT-MATERIAL

- Chromosomenuntersuchung** (Chorion-Transportmedium oder NaCl)  
Konventionelle und/oder molekulare Karyotypisierung (Array-CGH)  
Cave: Nicht zwingend kassenpflichtig

## 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](http://www.genetica-ag.ch/genpanel-diagnostik)