

1

genetica

Humangenetisches Labor & genetische Beratungsstelle

Genetica AG
Weinbergstrasse 9 · 8001 Zürich
Tel 044 250 50 30
labor.genetica@hin.ch

TUMORERKRANKUNGEN

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:
Datum | Zeit | Visum

Name | Geburtsdatum

Befundkopie an:

Vorname | Geschlecht:
 W M

Strasse, Nr. | Telefon

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

PLZ | Ort

Mobilnummer: _____

Name der Versicherung | Versicherungsnummer

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:
Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung und deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, den Test durchführen zu lassen. Ohne eine dem Labor vorliegende Kostengutsprache kann gegebenenfalls eine Vorkasse erhoben werden.
 Test erst durchführen, wenn eine Kostengutsprache der Versicherung vorliegt. Die Analyse wird nur dann gestartet, wenn dem Labor eine Kopie der Kostengutsprache vorliegt.
 Meine Proben / Resultate dürfen zu Forschungszwecken anonymisiert weiterverwendet werden.
 Sollte die Untersuchung Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Auftrag stehen (Überschussinformationen), wünsche ich darüber informiert zu werden.
Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient / in: _____

Wir weisen darauf hin, dass ohne eine dem Labor vorliegende Kopie der Kostengutsprache eine Vorkasse erhoben oder auf Wunsch des Patienten (s. Einverständniserklärung) mit dem Start der Analytik zugewartet werden kann.
Ort, Datum: _____ Unterschrift Arzt / Ärztin: _____

Patient/In

Name

Vorname

Geburtsdatum

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

TUMORERKRANKUNGEN

Mamma- und Ovarialkarzinome

- BRCA Standard**
BRCA1, BRCA2
 - + PALB2
 - Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS Mamma**
BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53
 - Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS Ovar**
BRCA1, BRCA2, BRIP1, EPCAM (3'UTR), MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, RAD51C, RAD51D
 - Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS HBOC**
BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM (3'UTR), MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53
- Polygenic Risk Score**
(PRS313) (keine kassenpflichtige Leistung)
- Häufigste Ashkenazi-Mutationen**
BRCA1:c.68_69delAG; BRCA1:c.5266dupC; BRCA2:c.5946delT

Gastrointestinale Karzinome

- Kolonkarzinom (Lynch-Syndrom und Familiäre Adenomatöse Polyposis)**
APC, BMPR1A, CHEK2, EPCAM (3'UTR), GREM1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11, TP53
- Magenkarzinom**
APC, CDH1, CHEK2, EPCAM (3'UTR), MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PMS2, TP53

Pankreaskarzinom

- BRCA1, BRCA2, CDKN2A, PALB2, STK11

Melanom

- BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MITF, TERT (Promotor)

Prostatakarzinom

- BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, EPCAM (3'UTR), HOXB13, MSH2, MSH6, PALB2, PMS2, RAD51C, RAD51D

Nierenkarzinom

- CHEK2, EPCAM (3'UTR), FH, FLCN, GPC3, HRPT2, MET, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, PTEN, SDHB, SDHC, SDHD, SMARCB1, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1

Endokrinologische Neoplasien

- Phäochromozytom-Paragangliom-Syndrom (Multiple Endokrine Neoplasie – MEN)**
FH, MAX, MEN1, NF1, PRKAR1A, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL

Weitere familiäre Tumor-Syndrome

- Basalzellnävus-Syndrom**
PTCH1, PTCH2, SUFU
- Neurofibromatose Typ 1 (Basalzellkarzinom)**
NF1
- Phakomatosen (inkl. Neurofibromatosen)**
ATM, NF1, NF2, SPRED1, STK11, TSC1, TSC2, VHL
- Retinoblastom**
RB1
- Schwannomatose**
NF2, LZTR1, SMARCB1
- Tuberöse Sklerose**
TSC1, TSC2
- Wilms-Tumor**
WT1
- Custom-Panel**

BEKANNTE FAMILIÄRE MUTATION

Bitte Befundkopie beilegen

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Bei der Durchführung dieser genetischen Untersuchungen wird die Entstehung von Überschussinformationen so weit als möglich vermieden. Sollten dennoch Überschussinformationen entstehen, werden diese ohne expliziten Wunsch der untersuchten Person nicht mitgeteilt.

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