

Nachname		Geburtsdatum		Befundkopie
Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M		
Strasse, Nr.		Telefon		
PLZ	Ort			
Name der Versicherung		Versicherungsnummer		
Rechnung an <input type="checkbox"/> Kasse / Patient <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Andere: _____				

### Angaben zur Probe

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

EDTA-Blut

DNA, extrahiert aus: \_\_\_\_\_

Sonstiges Material: \_\_\_\_\_

### Angaben zur untersuchten Person

Empfänger einer Knochenmarktransplantation

Autolog

Allogen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Diagnose / Klinische Angaben / Familienanamnese

---

---

---

---

---

---

---

---

### Erklärung zur Kostenübernahme

Ich bestätige, dass ich von der Ärztin / dem Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, den Test / die Tests durchführen zu lassen und die Kosten, bei fehlender Kostenübernahme der Krankenkasse, selbst zu bezahlen.

**Test erst durchführen, wenn dem Labor eine Kostengutsprache vorliegt.**  
 Sollte nach 6 Monaten keine Untersuchung zustande kommen, werden der Patientin / dem Patienten die notwendigen Vorbereitungskosten des Probenmaterials in Rechnung gestellt (CHF 76.50).

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patientin / Patient

Ich bestätige, dass dem Laborauftrag eine von der Patientin / dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung, gemäss Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG), beigelegt wird. **Ohne diese Erklärung werden keine genetischen Analysen durchgeführt.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Ärztin / Arzt

Wird vom Labor ausgefüllt Datum: . . Zeit: : Visum:

## Endokrinologie / Diabetologie

## Diabetes mellitus und Störungen der Blutglukose-Regulation

- MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) 1-10 Gene
- Diabetes (inkl. Insulinresistenz) 11-100 Gene
- Kongenitaler Hyperinsulinismus 11-100 Gene

## Adrenogenitales Syndrom (AGS)

- 21-Hydroxylase-Defizienz (häufigste Ursache)  
*CYP21A2*
- AGS (ohne *CYP21A2*) 1-10 Gene  
*CYP11B1, CYP17A1, HSD3B2, STAR*

## Hypothalamus-Hypophysen-Achse

- Hypogonadotroper Hypogonadismus (inkl. Kallmann-Syndrom) 11-100 Gene

## Schilddrüse und Nebenschilddrüsen

- Kongenitale Hypothyreose 11-100 Gene
- Hyperthyreose 1-10 Gene
- Hypoparathyreoidismus 1-10 Gene
- Hyperparathyreoidismus 1-10 Gene
- Hypophosphatämie und Rachitis 11-100 Gene

## Gonaden

- Prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI), primäre Amenorrhoe 11-100 Gene
- Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) 11-100 Gene

## Weitere Erkrankungen

- Adipositas 11-100 Gene
- Wachstumsretardierung in der Kindheit (inkl. Wachstumshormonmangel) > 100 Gene
- Hämochromatose
- HFE* (C282Y, H63D)
  - Gesamtpanel 1-10 Gene
- Primäre pigmentierte noduläre adrenokortikale Dysplasie (PPNAD, genetisches Cushing-Syndrom) 1-10 Gene

## Endokrinologische Neoplasien

- Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom
- Multiple Endokrine Neoplasie (MEN)
- Hereditäres Schilddrüsenkarzinom

## Custom-Panel

---



---



---



---



---

## Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: \_\_\_\_\_

Mutationsbeschreibung: \_\_\_\_\_

Weitere Analysen: [labor.genetica.ch/analysen](http://labor.genetica.ch/analysen)

Gen-Panels mit mehr als 10 Genen dürfen gemäss regulatorischen Bestimmungen (Analysenliste) nur durch Ärztinnen / Ärzte mit eidgenössischem Weiterbildungstitel (FMH) Medizinische Genetik verordnet werden. Bei Bedarf unterstützt Sie unsere genetische Beratungsstelle gerne. Telefonische Auskünfte und Anmeldungen: 044 250 50 30