

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

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:

Gastroenterologie

Darm

- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (inkl. infantile Enterokolitis) 11-100 Gene
- Kongenitale Diarrhoe 11-100 Gene
- Morbus Hirschsprung 1-10 Gene
- Gastrointestinale Motilitätsstörung (inkl. viszerale Myopathie) 11-100 Gene
- Zöliakie
HLA-DQ2.5, HLA-DQ2.2, HLA-DQ8

Bauchspeicheldrüse

- Cystische Fibrose (CF)
 - CFTR (50 häufige Varianten)
 - CFTR (Komplettanalyse) 1-10 Gene
- Pankreatitis 1-10 Gene

Leber

- Alagille-Syndrom 1-10 Gene
- Alpha-1-Antitrypsin-Mangel
 - SERPINA1 (Pi*S / Pi*Z)
 - SERPINA1 (Komplettanalyse) 1-10 Gene
- Cholestase 11-100 Gene
- Hämochromatose
 - HFE (C282Y, H63D)
 - Gesamtpanel 1-10 Gene
- Morbus Wilson 1-10 Gene

Weitere Erkrankungen

- Hereditäre hämorrhagische Teleangiektasie (HHT, Morbus Osler) 1-10 Gene

Tumorerkrankungen

- Magenkarzinom
- Pankreaskarzinom
- Hereditäres Kolonkarzinom und Polypose
- Lynch-Syndrom
- Polypose-Syndrome (inkl. FAP und MAP)

* für weitere gastrointestinale Karzinome siehe Auftragsformular
Erbliche Tumorerkrankungen

Custom-Panel

Bekannte familiäre Mutation

Bitte Berichtskopie beilegen

Genname: _____

Mutationsbeschreibung: _____

Weitere Analysen: 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