

Einsender (inkl. auftraggebende/r Ärztin / Arzt)

Nachname		Geburtsdatum	
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: _____			

Befundkopie

## 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:

## Hämatologie

## Blutungsneigung (Hämophilie)

- Hämophilie A** 1-10 Gene  
*F8*
- Hämophilie B** 1-10 Gene  
*F9*
- Faktor VII-Mangel** 1-10 Gene  
*F7*
- Von-Willebrand-Syndrom (VWS)** 1-10 Gene  
*VWF*
- Blutungsneigung – Gesamtpanel** 1-10 Gene

## Thromboseneigung (Thrombophilie)

- Faktor II und Faktor V** 1-10 Gene
- Faktor II Prothrombin (*F2:c.\*97G>A* bzw. *G20210A*)  
Faktor V Leiden (*F5:c.1601G>A/p.(Arg534Gln)* bzw. *R506Q*)
  - F2* und *F5* (Komplettanalyse) 1-10 Gene
- Protein C-Mangel** 1-10 Gene  
*PROC*
- Protein S-Mangel** 1-10 Gene  
*PROS1*
- Thromboseneigung – Gesamtpanel** 1-10 Gene

## Anämien

- Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel (Favismus)** 1-10 Gene  
*G6PD*
- Hereditäre Sphärozytose** 1-10 Gene

## Hämoglobinopathien

- Alpha-Thalassämie**
- HBA1, HBA2* (Deletion/Duplikation)
  - HBA1, HBA2* (Sequenzanalyse)
- Beta-Thalassämie**
- HBB* (Deletion/Duplikation)
  - HBB* (Sequenzanalyse)
- Delta-Thalassämie**  
*HBD* (Sequenzanalyse)
- Hereditäre Persistenz von fetalem Hämoglobin (HPFH)**  
*HBG2, HBG1, HBB* (Deletion/Duplikation)
- Hämoglobinvarianten**  
*HBB* und/oder *HBA1, HBA2* (Sequenzanalyse)

## 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